



مواجهة أوجه اللامساواة

دروس للاستجابات الوبائية
مستقاة من 40 عامًا من الإيدز



مجاوبة أوجه اللامساواة

دروس للاستجابات الوبائية مستقاة من 40 عامًا
من الإيدز



188 **التعجيل باتخاذ إجراءات بشأن الجوائح والصحة العالمية**

IV

09. الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز	190
بيانات فيروس نقص المناعة البشري	192
دراسة حالة	202

10. جائحة كوفيد-19 وفيروس نقص المناعة البشري	206
بيانات فيروس نقص المناعة البشري	210
دراسة حالة	216

11. التكامل والتغطية الصحية الشاملة	224
بيانات فيروس نقص المناعة البشري	226
دراسة حالة	228

12. السكان المتنقلون	230
دراسات حالة	232

240 **موجزات إقليمية**

V

شرق وجنوب أفريقيا	242
دراسة حالة	253

غرب ووسط أفريقيا	256
دراسة حالة	267

آسيا والمحيط الهادئ	274
دراسة حالة	287

أمريكا اللاتينية	290
دراسة حالة	287

البحر الكاريبي	306
دراسة حالة	317

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	320
دراسة حالة	332

أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	336
دراسة حالة	346

غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية	350
دراسة حالة	358

الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

362 **ملحق المناهج**

المحتوى

تمهيد	6
مقدمة وملخص	8
خدمات فيروس نقص المناعة البشري: النجاحات والتحديات	42
01. توليفة وسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري	44
بيانات فيروس نقص المناعة البشري	46
دراسات حالة	66
02. الاختبار والعلاج	82
بيانات فيروس نقص المناعة البشري	84
دراسات حالة	94
03. القضاء على فيروس نقص المناعة البشري لدى الأطفال ومنع الانتقال العمودي للفيروس	108
بيانات فيروس نقص المناعة البشري	110
دراسات حالة	118
منظور المساواة	126
04. قيادة المجتمع	128
دراسات حالة	132
05. المساواة بين الجنسين	136
بيانات فيروس نقص المناعة البشري	138
دراسات حالة	146
06. إلغاء القوانين والسياسات العقابية	154
بيانات فيروس نقص المناعة البشري	156
دراسة حالة	162
07. إنهاء الوصم والتمييز	166
بيانات فيروس نقص المناعة البشري	168
08. الحماية الاجتماعية	178
بيانات فيروس نقص المناعة البشري	181
دراسة حالة	184



الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز

وإنني أدعو جميع البلدان إلى البناء على هذا الزخم والوفاء بتعهداتها ومسؤولياتها. كما أحثها على مراجعة بياناتها الوطنية ودون الوطنية، وتحديد الثغرات الموجودة في استجاباتها لفيروس نقص المناعة البشري ومراعاة تحقيق المساواة عند معالجة تلك الثغرات وتنفيذ الاستراتيجية العالمية للإيدز والإعلان السياسي بشأن الإيدز بالكامل.

وكما يوضح هذا التقرير: إذا قضينا على أوجه اللامساواة، سنقضي على الإيدز.

ويني بيانينا

المديرة التنفيذية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز

وعودتها من جديد-بسبب القوانين والسياسات التي تهمش وتجرم المجموعات السكانية الرئيسية وتحرمهم من الوصول إلى الخدمات. وتتزايد الفجوات بين المنتفعين من تدابير الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري وغير المنتفعين منها. ويتعين علينا سد هذه الفجوات- ويتطلب ذلك إصلاح القوانين العقابية وإعادة النظر في خدمات فيروس نقص المناعة البشري- بحيث تنخفض معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز بشكل متصف بين المواقع الجغرافية والهويات والدخول.

إن الاستراتيجية العالمية الجديدة لمكافحة الإيدز 2021-2026: القضاء على اللامساواة، القضاء على الإيدز: والإعلان السياسي الذي اعتمدته مؤخرًا الجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز: القضاء على أوجه اللامساواة والعودة إلى المسار الصحيح نحو القضاء على الإيدز بحلول عام 2030، يوفران زخمًا جديدًا عاجلاً لوضع كل بلد وكل مجتمع على المسار الصحيح.

المناعة البشري كما يحقق منافع اجتماعية واقتصادية أخرى تعزز الصحة والمساواة بين الجنسين والتنمية. وقد ترتب على جائحة كوفيد-19 حرمان العديد من الأطفال من الذهاب إلى مدارسهم، مما يجعلهم-لا سيّما الفتيات- أكثر عرضة للإصابة بالفيروس. إن الجمع بين التعليم والوقاية من فيروس نقص المناعة البشري المستندة إلى العلم وتوفير خدمات وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية من شأنه أن ينهي هذا التفاوت- ويساعد على القضاء على الإيدز.

وبتحليل البيانات نجد أن حالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية تنخفض بشكل سريع عندما يتم تزويدهم بالخدمات التي يحتاجون إليها. ففي إستونيا، على سبيل المثال، تراجعت الإصابات بالفيروس بين الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن بعد التوسع في نهج الحد من الضرر الشاملة. ومع ذلك، فإن هناك مناطق بأكملها لم تشهد سوى نزر يسير من التقدم بل وانتعاش الأوبئة

تمهيد

إننا نقف أمام منعطف هام في ظل وباء الإيدز الذي لم تنزح بعد غمته ولا يزال بعيداً كل البعد عن الانتهاء. وقد ثبتت إمكانية تحقيق ما ظن الكثيرون استحالة تحقيقه: وهو حشد أحدث العلوم وأنشطة استجابة الصحة العمومية القائمة على الحقوق لفيروس نقص المناعة البشري على نطاق عالمي. ويوضح هذا التقرير كيف تم إحراز تقدم ملحوظ في طائفة متنوعة من البلدان والمجتمعات المحلية. وثبتت هذه النجاحات ما يمكن تحقيقه عندما نرفض الوضع الراهن ونتصدى لأوجه اللامساواة المتسببة في حدوث الكثير من المعاناة بلا داع.

إننا على أعتاب حقبة جديدة في هذا الجهد التاريخي للقضاء على الإيدز. فقد مضى 40 عاماً على الإبلاغ عن أولى حالات الإصابة بالإيدز، و25 عاماً على إنشاء برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، و20 عاماً على إنشاء الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا. ويجب أن تتحول الاستجابة العالمية للإيدز لتعود إلى المسار الصحيح صوب القضاء على الإيدز بحلول عام 2030. وعلينا الاستفادة من الأساليب الناجعة وتوسيع نطاقها والقيام بالمهمة الأصعب المتمثلة في القضاء على أوجه اللامساواة التي تظهر جلية في البيانات الواردة في هذا التقرير. ولدينا استراتيجية عالمية جديدة للإيدز وإعلان سياسي جديد وطموح للجمعية العامة للأمم المتحدة يدعو جميع البلدان وجميع المجتمعات المحلية إلى إجراء هذه التحولات من أجل القضاء على الإيدز.

مضي الآن 18 شهراً على ظهور جائحة كوفيد-19، شهد العالم خلالها تغيرات فاقَت مخيلتنا. وإننا إذ نشعر بالغضب إزاء مظالم اللامساواة التي كشفتها جائحة كوفيد-19 وساهمت في تفاقمها، ندعو إلى توفير إمدادات اللقاحات المضادة لكوفيد-19 بشكل منصف، باعتبارها منفعة عامة عالمية، ولقاحاً للناس، متاحاً للجميع في كل مكان. وفي حين تتطلع بعض البلدان إلى السيطرة

على فيروس كوفيد-19، يشكّل التمييز في توزيع اللقاحات عائقاً أمام معظم بلدان العالم، مما يزعج بها إلى أتون الأزمات التي تستمر لسنوات فضلاً عن تفاقم أوجه اللامساواة بها.

وعلى الرغم من التقدم الملحوظ الذي شهدته الاستجابة العالمية لفيروس نقص المناعة البشري، فلا تزال حالات الإصابة الجديدة بالفيروس والوفيات المرتبطة بالإيدز تسجل معدلات مرتفعة على نحو غير مقبول. وتواصل أوبئة فيروس نقص المناعة البشري نموها في البلدان والمجتمعات المحلية التي مازالت منافع العلم وحقوق الإنسان فيها لا تصل إلى من تركوا خلف الركب. ولا يزال الإيدز أحد أكثر الجوائح فتكاً في عصرنا الحالي: على الرغم من الالتزام العالمي بخفض الوفيات المرتبطة بالإيدز والإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري إلى أقل من 500,000 بحلول نهاية عام 2020، فقد توفي 680,000 شخصاً بسبب الأمراض المرتبطة بالإيدز في العام الماضي كما أصيب حديثاً 1,5 مليون شخص بفيروس نقص المناعة البشري.

إننا نملك المعرفة والأدوات اللازمة لمنع حدوث أية إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشري وتجنب وقوع أي وفيات مرتبطة بالإيدز. بيد أن أوجه اللامساواة الحالية والمتنامية بما في ذلك في الحصول على الرعاية الصحية، وانعدام المساواة بين الجنسين وبين الأعراق، وحرمان من الناس من حقوقهم الإنسانية تعوق إحراز أي تقدم على صعيد الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري وتؤدي إلى انتشار جائحة الإيدز.

ولكي نعود إلى المسار الصحيح للقضاء على الإيدز، يتعين علينا تحويل تركيزنا والوقوف على أوجه اللامساواة التي تحدد درجة كبيرة من الذين يمكنهم الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري التي تلبى احتياجاتهم، ومن الذين يعانون من انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشري، ومن الذين يحتضرون.

ثم يجب علينا مواصلة الاستجابة للإيدز مع إعطاء الأولوية للبرامج والقوانين والسياسات والخدمات التي من شأنها تمكين أولئك الذين ما زالوا مُهملين على النحو الأمثل والقضاء على أوجه اللامساواة تلك.

ويبرز "تقرير مستجدات الإيدز في العالم" كيف صارت الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية التي كانت تعتبر ذات يوم باهظة الثمن وبألغة التعقيد بالنسبة للأشخاص في الأماكن منخفضة الموارد-متاحة الآن لأكثر من 27,5 مليون شخص متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري. وقد تمكنت ثمانية بلدان على الأقل في مجموعة متنوعة من الأماكن الجغرافية والوبائية والاجتماعية الاقتصادية من بلوغ الأهداف 90-90-90 الخاصة بالاختبار والعلاج. وعلى الصعيد العالمي في عام 2020، كان 84% (31,6 مليون) من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري مدركين لحالتهم الصحية، وكان 73% (27,4 مليون) يحصلون على العلاج، وتمكن 66% (24,8 مليون) من تحقيق الكبت الفيروسي. وهو إنجاز رائع، لكننا لم نحقق أيّاً من الأهداف العالمية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري لعام 2020. والآن يجب أن ننقل إلى النظر فيما وراء هذه المعدلات، من هم الـ 34% الذين لم يتم كبتهم فيروسيًا ولماذا؟ وما هي التقنيات الجديدة ونماذج الخدمات وأعمال المطالبة بالحقوق التي من شأنها أن تكفل الإنصاف في الكبت الفيروسي؟

ويبين هذا التقرير أنه في أفريقيا جنوب الصحراء، ستة من كل سبع إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين المراهقين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 عاماً) تقع بين الفتيات، وأن احتمال تعايش الشابات (من سن 15 إلى 24 عاماً) مع الفيروس يزيد عن الرجال بمقدار الضعف. ولمعالجة هذا التفاوت، يعد إبقاء الفتيات في المدارس الثانوية جزءاً أساسياً من حل المعضلة، إذ أن ذلك يحد بشكل كبير من خطر إصابتهن بفيروس نقص



مقدمة وملخص



الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

مواجهة أوجه اللامساواة

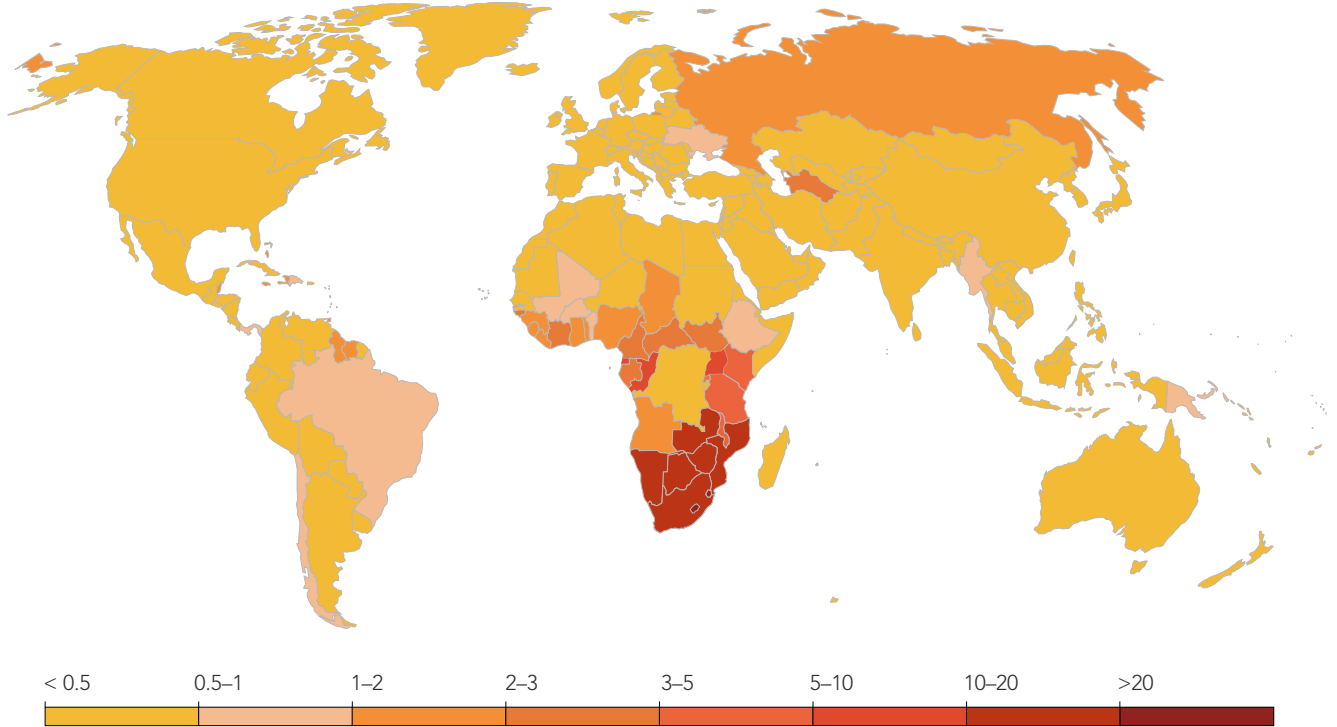
مع حلول فصل الصيف في نصف الكرة الشمالي في منتصف عام 2021، تدور الأحاديث بين أفراد الأسر والأصدقاء الذين تم تطعيمهم حديثاً، المجتمعين في حفلات الشواء وعلى الشواطئ في البلدان المتقدمة، حول عودة الحياة إلى طبيعتها فيما يبدو.

وقد شاب الخلل مفهوم "العادي" في الربع الأول من القرن الحادي والعشرين: فبات من العادي أن يبحر المليارديرات على متن يختهم الفارهة في مياه البحر المتوسط بينما يلقي المهاجرون الفارون من الصراعات والمجاعات حتفهم غرقاً في المياه ذاتها. ومن العادي ألا تملك النساء والفتيات في كثير من أنحاء العالم حرية الاختيار فيما يتعلق بالزواج أو تكوين أسرة من عدمه ولا حرية تحديد الوقت المناسب لذلك. ومن العادي أن تتعرض للمضايقات أو السجن أو القتل لرفضك نوع الجنس المحدد لك عند ولادتك، أو لاختيارك قضاء الليل أو بقية حياتك مع شخص من نفس نوع الجنس. ومن العادي أن يحدد لون بشرتك ما إذا كان ضابط الشرطة سيخدمك ويحميك أو يطأ على رقبتك. ومن العادي أن يحدد جنسك ونوعك الاجتماعي وعرقك ومستوى دخلك بدرجة كبيرة ما إذا كنت تملك الوكالة والأدوات اللازمة لحماية نفسك من المرض وللحفاظ على صحتك. ومن العادي أن يموت 680,000 شخص لأسباب مرتبطة بالإيدز لأن أكثر من 10 ملايين شخص متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري-منهم 800,000 طفل-لا يحصلون على العلاج المنقذ للحياة الذي ينبغي أن يكون ميسور التكلفة ومتاحاً للجميع.

وضار من الطبيعي أن نعيش في عالم تسوده اللامساواة بشكل واضح- سواء بين البلدان أو داخلها- وتسهم جائحة كوفيد-19 في تفاقم العديد من أوجه اللامساواة تلك. فالنساء والفتيات في كلٍّ من البلدان المتقدمة والنامية، على سبيل المثال، تزداد خطورة تعرضهن للعنف المنزلي خلال عمليات الإغلاق بسبب جائحة كوفيد-19 (1، 2). كما أدى استبعاد غير المواطنين من نظم الحماية الصحية والاجتماعية الوطنية إلى جعل المهاجرين وغيرهم من المجموعات السكانية المتنقلة معرضين لخطر الإصابة بالفيروس بشكل خاص خلال جائحة فيروس كورونا. كما عانى العاملون/العاملات في مجال الجنس في أوروبا الغربية المعرضون بالفعل وبشكل أكبر لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري من تراجع العملاء وانخفاض الدخل، ولا يمكن لغالبيتهم الوصول إلى خطط الدعم الحكومية الخاصة بجائحة كوفيد-19 (3).

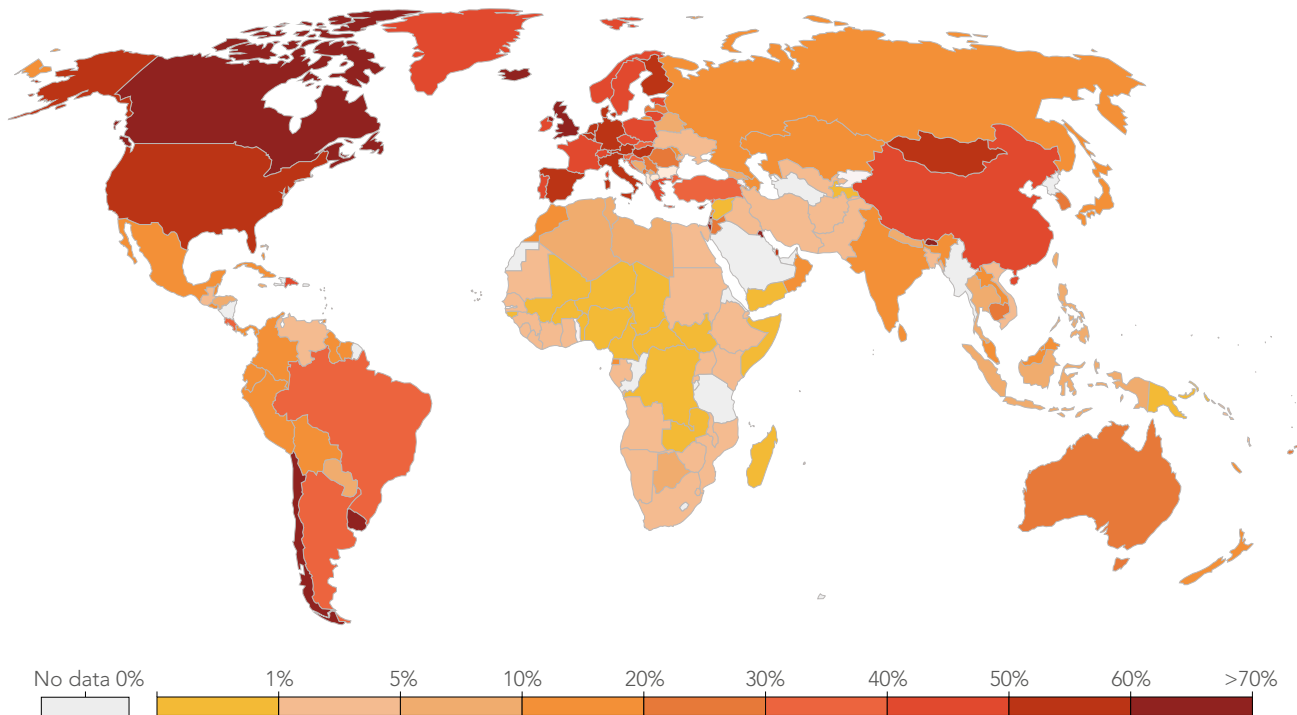
وتتدفق اللقاحات المضادة لفيروس كورونا، التي يمكن أن تنقذ ملايين الأرواح، إلى البلدان النامية بكميات قليلة في الوقت الذي تنذر فيه موجات العدوى الجديدة باكتساح وإثقال كاهل النظم الصحية التي تعاني بالفعل من نقص التمويل. وبحلول نهاية يونيو/حزيران 2021، لم يحصل سوى 1% من الأشخاص في البلدان منخفضة الدخل و11% في البلدان ذات الدخل المتوسط المنخفض على جرعة واحدة على الأقل من اللقاح المضاد لفيروس كورونا الذي قد يكون سبباً في إنقاذ أرواح الناس، مقابل 46% في البلدان ذات الدخل المرتفع (4).

الشكل 0.1 | انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)، عالميًا، 2020



المصدر: التحليل الخاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.
ملحوظة: تشمل البيانات 244 دولة ومنطقة.

الشكل 0.2 | النسبة المئوية من إجمالي السكان الذين تلقوا جرعة واحدة على الأقل من لقاح كوفيد-19، حسب البلد، اعتبارًا من 23 يونيو/حزيران 2021



المصدر: البيانات الرسمية التي تم جمعها بواسطة (Our World In Data (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>)
ملحوظة: تغطية اللقاحات المشار إليها قد لا تساوي الحصة التي تم تطعيمها بالكامل إذا كان اللقاح يتطلب جرعتين

ينطوي ذلك على آثار وخيمة بالنسبة للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وتعد البلدان ذات الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من فئة الدخل المتوسط موطنًا لغالبية سكان العالم المتعايشين مع الفيروس، وتشير مجموعة متزايدة من الأدلة إلى أن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يصابون بفيروس كورونا المُسبَّب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة-2 (SARS-CoV-2) هم أكثر عرضة لخطر الإصابة بكوفيد-19 الوخيم والوفاة (5، 6). وفي أفريقيا جنوب الصحراء، حيث كان ثلثا (67%) المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري يقيمون في عام 2020 (الشكل 0.1)، كانت أعلى معدلات تغطية التطعيم بجرعة واحدة ضد فيروس كورونا المستجد في يونيو/حزيران 2021 في غينيا الاستوائية (19%) وبوتسوانا وزيمبابوي (9% لكل منهما) وناميبيا (6%). ولم يتجاوز أي بلد آخر في المنطقة نسبة 5% (الشكل 0.2). وبعد قضاء عقود في الكفاح من أجل الوصول إلى أدوية فيروس نقص المناعة البشري المتوفرة في البلدان الغنية، يُحرم المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري في العالم النامي مرة أخرى من حقهم في الصحة من قبل نظام دولي يضع الأرباح قبل الأرواح.

وبينما يتصدى العالم لجائحة كوفيد-19 ويستعد للجوائح المستقبلية، سيكون من الأفضل بكثير إجراء دراسة متأنية وتطبيق الدروس المستفادة على مدار 40 عامًا من مكافحة فيروس نقص المناعة البشري. وتشير البيانات ودراسات الحالة التي جمعها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في تقرير "مستجدات الإيدز في العالم" لهذا العام إلى أن نجاحات كبيرة قد تحققت في مكافحة الإيدز عند تعبئة الموارد الكافية-وعندما يتم تمكين المجتمعات المحلية الأكثر تضررًا لضمان استخدام هذه الموارد بشكل منصف. وعلى النقيض من ذلك، تعد الانقسامات والتفاوت وتجاهل حقوق الإنسان من بين الإخفاقات التي ساهمت في استمرار فيروس نقص المناعة البشري وبقائه كأزمة صحية عالمية.

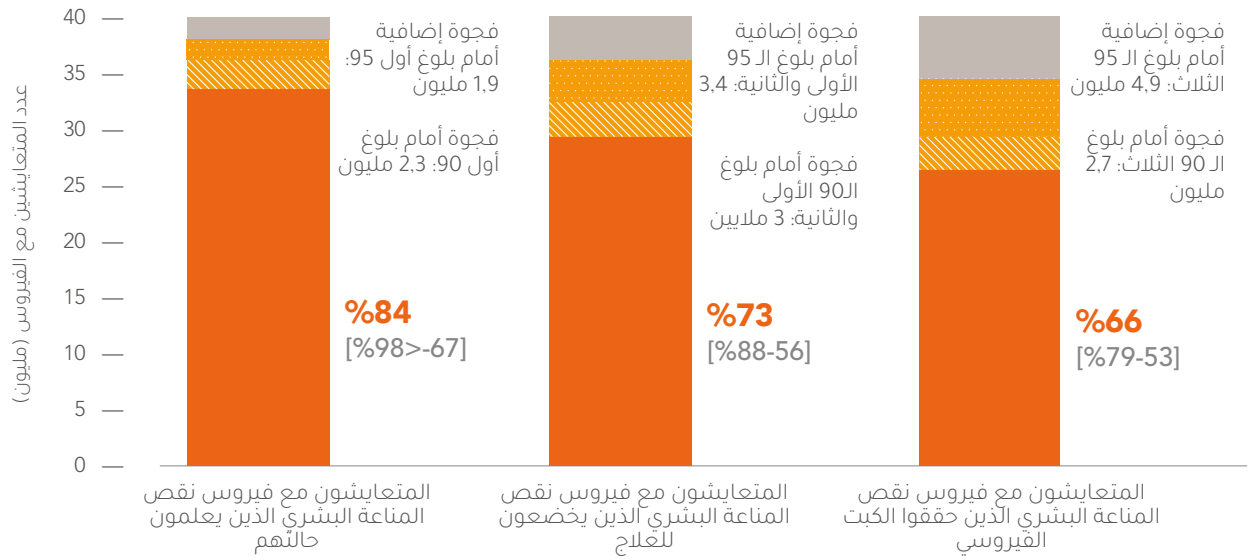
لا يزال فيروس نقص المناعة البشري يمثل أزمة صحية عالمية. ففي عام 2020، كان هناك:

- 37.7 مليون شخص من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، منهم 10.2 مليون شخص لم يخضعوا للعلاج.
- 1.5 مليون حالة إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشري.
- 680 000 حالة وفاة مرتبطة بالإيدز.

الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز



الشكل 0.3 | اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، على مستوى العالم، 2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021

حققت ثمانية بلدان على الأقل في طائفة متنوعة من السياقات الجغرافية والوبائية والاجتماعية والاقتصادية الأهداف بالكامل، وبلغت نسبة الكبت الفيروسي لدى جميع المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري 73% في 11 بلداً آخر. كما حقق متوسط الأداء في شرق وجنوب إفريقيا، وهي المنطقة الأكثر تضرراً من فيروس نقص المناعة البشري، الأهداف تقريباً، فيما تمكن 74% من المتعايشين مع الفيروس في غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية من كبت الحمل الفيروسي.

ولكن هذه الأهداف لم تتحقق على الصعيد العالمي، وإن كان الفارق ليس كبير: ففي نهاية عام 2020، كان 84% [67-98%] من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري على علم بحالتهم، و87% [67-98%] من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالتهم كانوا يخضعون للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية، و90% [70-98%] من الأشخاص الذين خضعوا للعلاج تمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي لديهم. وتتراكم هذه الفجوات التي قد تبدو صغيرة لتترك أكثر من ربع (27%) المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري على مستوى العالم بلا علاج، إذ يعاني ما يقرب من ثلثهم من عدم كبت الحمل الفيروسي (الشكل 0.3). وتكون هذه الفجوات أكثر اتساعاً داخل المجموعات السكانية الفرعية، مثل الأطفال والشباب والرجال.

وقد ساهم تطبيق علاج فيروس نقص المناعة البشري عالمياً في إنقاذ ملايين الأرواح: إذ حال دون وقوع ما يقدر بنحو 16,6 مليون [11,7 مليون إلى 24,2 مليون] حالة وفاة مرتبطة بالإيدز خلال العقدين الماضيين، ويشمل ذلك انخفاض معدل الوفيات المرتبطة بالإيدز بنسبة 47% منذ عام 2010 (الشكل 0.4).

ولم تحقق الجهود المبذولة لمنع الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري نفس القدر من النجاح. فلم يتغير العدد السنوي للإصابات الجديدة بين البالغين على مستوى العالم تقريباً خلال السنوات الأربع الماضية، ولم تتراجع

البناء على عقدين من التقدم في مكافحة الإيدز

يقع فيروس كورونا المستجد على رأس قائمة مسببات الأمراض الوبائية التي فشلت البشرية حتى الآن في السيطرة عليها، ناهيك عن القضاء عليها. ويعد فيروس نقص المناعة البشري واحدًا من هذه المسببات. وبعد مرور أربعين عامًا على تسجيل أول حالات إصابة بالإيدز، على العالم أن يأخذ في الحسبان 1,5 مليون [1,0 مليون-2,0 مليون] حالة إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشري و680,000 [480,000-1,000,000] حالة وفاة لأسباب مرتبطة بالإيدز وقعت خلال عام 2020. وقد بلغ عدد المتعاشين مع الفيروس 37,7 مليون [30,2 مليون - 45,1 مليون] شخص في عام 2020، منهم 10,2 مليون [9,8 مليون - 10,2 مليون] شخص لم يخضعوا للعلاج. ومن بين أولئك الذين لم يتلقوا العلاج، كان نحو 4,1 مليون شخص منهم غير مدركين لإصابتهم بالفيروس، وكان 6,1 مليون مدركين لحالتهم الصحية لكنهم لم يتمكنوا من الحصول على العلاج.

ولا يزال النطاق الضخم لجائحة الإيدز قائمًا، على الرغم من التقدم الهائل الذي تم إحرازه في السنوات العشرين منذ أن عقدت الجمعية العامة للأمم المتحدة جلستها الاستثنائية الأولى بشأن فيروس نقص المناعة البشري. كما أنه بحلول نهاية عام 2020، حصل ما يقدر بنحو 27,5 مليون شخص [26,5 مليون-27,7 مليون] متعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري على مستوى العالم، على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية التي كانت تعتبر في يوم من الأيام باهظة الثمن وبالغة التعقيد بالنسبة للبيئات منخفضة الموارد.

وفي السنوات الأخيرة، تم الاسترشاد بالأهداف 90-90-90 في التقدم المُحرز فيما يتعلق باختبار فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه¹، ويعني تحقيق هذه الأهداف أن 73% على الأقل من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري قد كبتوا الأحمال الفيروسية، مما يساعد على الحفاظ على صحتهم ويمنع انتشار الفيروس بشكل أكبر. وقد سخر البعض من هذه الأهداف عندما طرحها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لأول مرة في عام 2014 واعتبروها دريًا من دروب الخيال، وبعد ذلك بعامين اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة الأهداف 90-90-90 كهدف عالمي لعام 2020. وفي الموعد المحدد،

تعذر بلوغ الغايات 90-90-90، وإن كان ليس بفارق كبير. ففي نهاية عام 2020، كان 84% من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري على علم بحالتهم، و87% من المتعاشين مع الفيروس الذين يعرفون حالتهم كانوا يخضعون للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية، وتمكن 90% من الأشخاص الذين خضعوا للعلاج من تحقيق الكبت الفيروسي.

¹ الغايات 90-90-90 هي: 90% من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري على علم بحالتهم، و90% من الأشخاص الذين يعرفون حالتهم الإيجابية للفيروس يحصلون على العلاج، و90% من الأشخاص الذين يتلقون العلاج تمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي

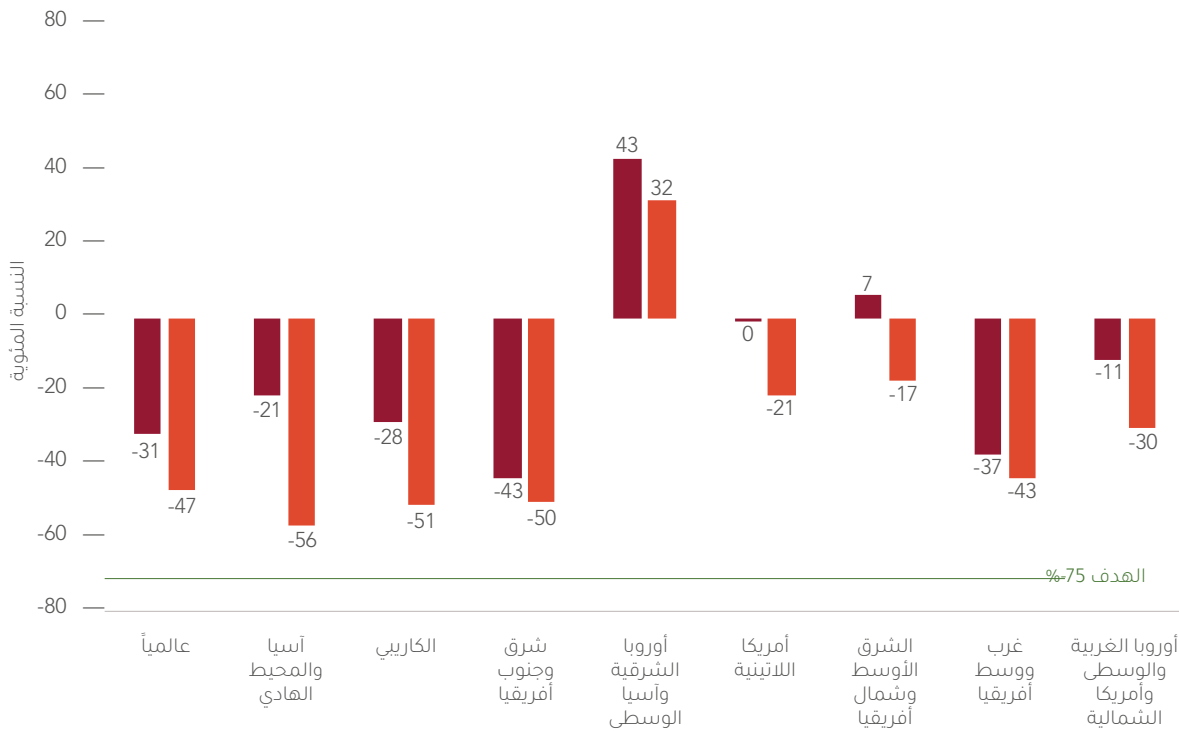


لم تنجح أية منطقة في خفض معدلات الإصابات والوفيات بنسبة 75% التي أقرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2016.

معدلات الإصابات الجديدة سوى بنسبة 31% منذ عام 2010، وهي نسبة أقل بكثير من الهدف الذي حددته الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2016 والذي يبلغ 75% لعام 2020 (الشكل 0.5). وقد فشلت العديد من البلدان في تنفيذ توليفة النهج الهيكلية والسلوكية والطبية الحيوية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري التي تركز على الأشخاص الأكثر عُرضة لخطر الإصابة، والتي تُظهر التجربة أن لها أقصى تأثير. وثبت أن الاستخدام المتسق للعوازل الطبية هو أمر صعب تحقيقه، وإن كان ممكناً، بين جميع المجموعات السكانية: فالنساء في العديد من البلدان، على سبيل المثال، بحاجة إلى وكالة ودعم أكبر للتفاوض بشأن استخدام العوازل الطبية الطبية على نحو مستمر. وكذلك جاءت تغطية العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى وختان الذكور الطبي الطوعي في عام 2020 أقل بكثير من الأهداف المحددة قبل خمس سنوات.

وكانت نسبة الانخفاض في معدل الإصابات الجديدة أكبر في أفريقيا جنوب الصحراء ومنطقة البحر الكاريبي، ولكن لم تنجح أية منطقة في خفض المعدلات بنسبة 75% التي أقرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2016 (الشكل 0.6). وتفشت الأوبئة في أجزاء كبيرة من أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى في مواجهة الحواجز القانونية والسياسية الخطيرة وعدم الاهتمام الكافي باحتياجات الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن والرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. كما ارتفع العدد السنوي للإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ولم تحقق أمريكا اللاتينية أي انخفاض في الإصابات على مدار العقد الماضي.

الشكل 0.6 | التغيير في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، حسب المنطقة وعلى مستوى العالم، 2010-2020

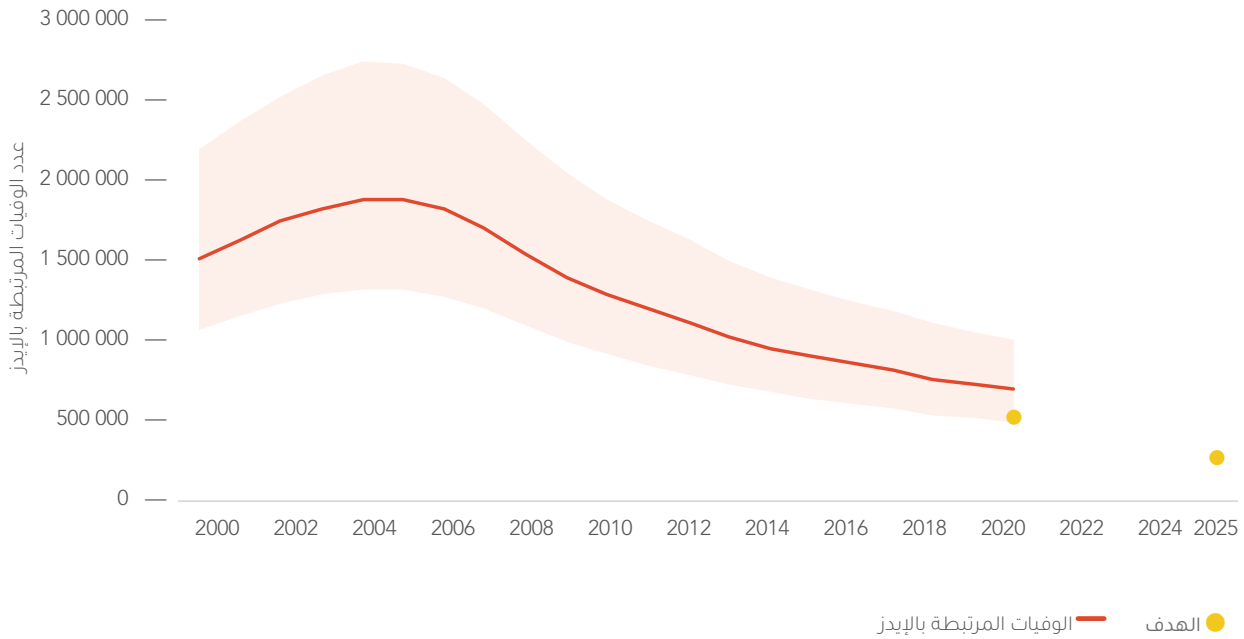


■ الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري

■ الوفيات المرتبطة بالإيدز

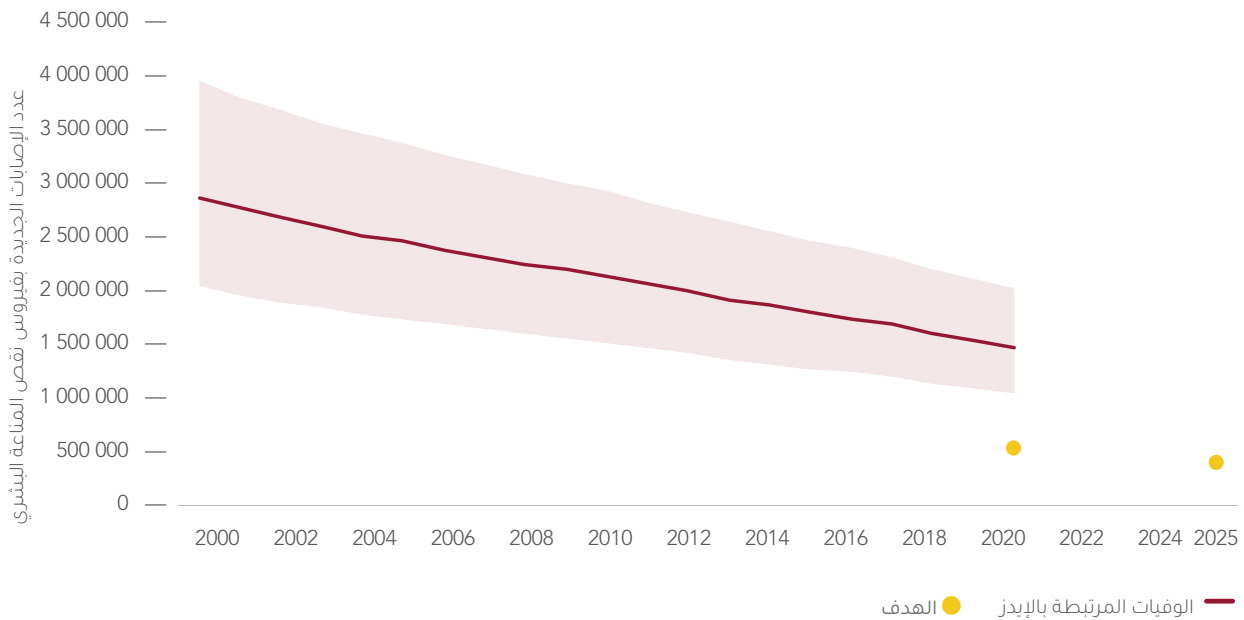
المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>)

الشكل 0.4 | الوفيات المرتبطة بالإيدز، على مستوى العالم، أهداف 2000-2020 و2020 و2025



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>)

الشكل 0.5 | الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري، على مستوى العالم، أهداف 2000-2020 و2020 و2025



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>)
ملحوظة: يرجى الاطلاع على الملحق الخاص بالمتاحج للحصول على شرح لكيفية حساب هذه التقديرات.

الفقر ونقص التعليم ضمن عراقيل أخرى موجودة داخل البلدان

تشكل أوجه اللامساواة داخل البلدان هي الأخرى عقبة أمام قضاء العالم على الإيدز بحلول عام 2030. وتميل أوجه القصور في الاختبار والعلاج إلى أن تكون أكبر بين الفئات شديدة التأثير والمهمشين وأولئك الذين يكافحون من أجل الوصول إلى الخدمات الصحية الأوسع. وتتجلى الفجوات بين الأطفال والشباب والرجال والمجموعات السكانية الرئيسية المتعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري بشكل خاص. وتؤدي أوجه اللامساواة المتداخلة المتعلقة بالعمر والجنس والعرق ومستوى الدخل إلى تفاقم التفاوت في فرص الوصول إلى الخدمات والنتائج الصحية.

ويشكل الفقر ونقص التعليم عوائق هائلة أمام الخدمات المتعلقة بالصحة وفيروس نقص المناعة البشري. فعلى سبيل المثال، تُظهر البيانات الناتجة عن استقصاءات سكانية أجريت في 32 بلدًا منخفض ومتوسط الدخل أن النساء غالبًا ما يكن أكثر استعدادًا لتلبية احتياجاتهن المتعلقة بتنظيم الأسرة باستخدام الأساليب الحديثة إذا كن ينتمين إلى الشريحة الخمسية الأغنى مقارنة بأقرانهن في الشريحة الخمسية الأفقر، أو يعشن في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية، أو حصلن على تعليم ثانوي أو أعلى (مقارنة بعدم الحصول على أي تعليم رسمي أو الحصول على التعليم الابتدائي فقط).

ويبدو أن الإقبال على خدمات ختان الذكور الطبي الطوعي مرتبط أيضًا بمستويات الدخل: في 11 من أصل 12 دولة لديها بيانات استقصائية حديثة، كانت احتمالات إبلاغ الرجال في الشريحة الخمسية الأفقر عن خضوعهم للإجراء أقل بكثير من الرجال ذوي الدخل المرتفع (انظر الفصل 1).

ويعد الفقر أيضًا محركًا رئيسيًا للهجرة، التي ثبت أنها تعقد الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري. وتشير الدراسات إلى أن فرص وصول المهاجرين إلى خدمات اختبار وعلاج الفيروس للمهاجرين غالبًا ما تكون أقل من فرص غير المهاجرين (8-12). وعادة ما تقيد القوانين واللوائح الوطنية وصول المهاجرين غير الشرعيين إلى الخدمات، في حين

**تشكل أوجه
اللامساواة داخل
البلدان عقبة أمام
قضاء العالم على
الإيدز بحلول عام
2030.**

الصورة: كارين شيرمبروكر/ مؤسسة كرة القدم الشعبية (Grassroots Soccer)



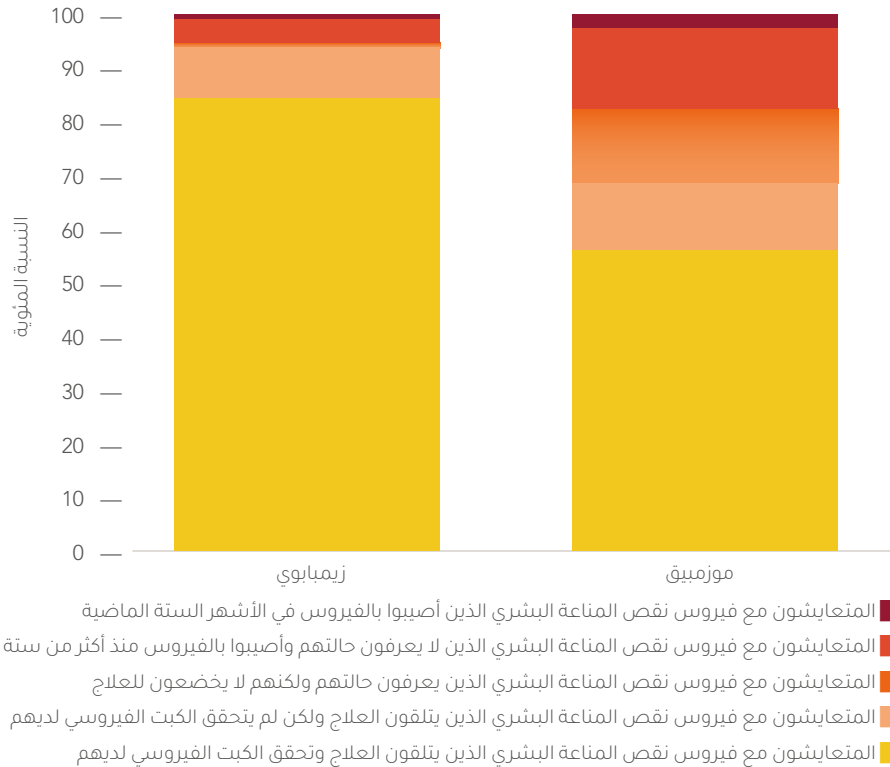
اللامساواة في ظل تقدم متفاوت

جاء التقدم المحرز على صعيد مكافحة فيروس نقص المناعة البشري متفاوتاً؛ إذ أن المكاسب التي تحققت من خلال النهج التي تركز على الناس في إطار برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشري الأعلى أداءً، قد تأثرت بعدم كفاية التدابير المتخذة في البلدان الأخرى.

ففي إستونيا، على سبيل المثال، تبع التوسع في خدمات الحد من الضرر الشاملة انخفاض بنسبة 61% في جميع أنحاء البلاد في معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، وانخفاض بنسبة 97% في معدلات الإصابة بين الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن بين عامي 2007 و2016 (انظر دراسة الحالة في الصفحة 72). وفي جمهورية لايتفيا المجاورة، حيث كانت برامج الحقن بالإبر تعمل على نطاق محدود خلال نفس الفترة، زادت الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 72% بشكل عام (7).

تعد زيمبابوي دولة رائدة في إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه. فقد ساهمت ضريبة الإيدز التي فرضتها الدولة الواقعة في الجنوب الأفريقي في تعبئة جزء كبير من التمويل المحلي، وتشارك المجتمعات المحلية بقوة في تقديم الخدمات، كما كان الدعم المالي والتقني الدولي قوياً ومتسقاً. وكانت الإنجازات متسقة مع الأهداف التسعينية 90-90-90، حيث تمكن 82% من الأشخاص البالغين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في البلاد من كبت الحمل الفيروسي. وعلى النقيض من ذلك، تخلفت موزمبيق المجاورة عن المتوسط الإقليمي، مما أدى إلى عدم كبت الحمل الفيروسي لدى ما يقرب من نصف (44%) الأشخاص البالغين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في البلاد (الشكل 0.7). ويعد الصراع وتغير المناخ وارتفاع مستويات الفقر وضعف البنية التحتية الصحية من بين العديد من التحديات التي تواجه البلاد.

الشكل 0.7 | المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والمصابون حديثاً بالفيروس في الأشهر الستة الماضية، سلسلة اختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاماً)، زيمبابوي وموزمبيق، 2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021

إن المكاسب التي تحققت من خلال النهج التي تركز على الناس في إطار برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشري الأعلى أداءً، قد تأثرت بعدم كفاية التدابير المتخذة في البلدان الأخرى.

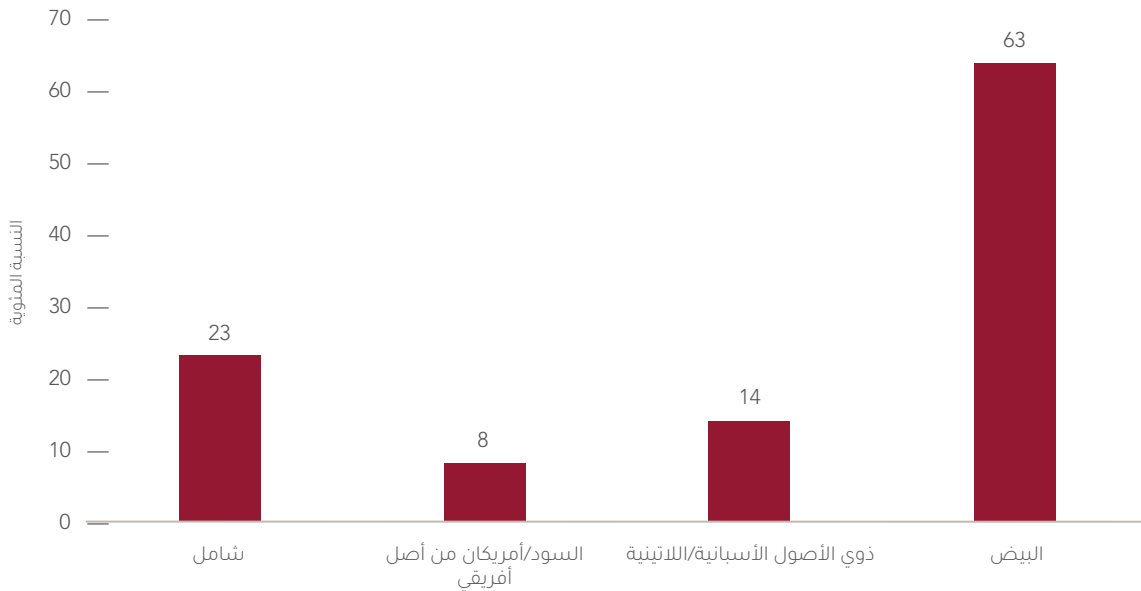


أدت الثغرات في إجراء اختبار الرضع والأطفال المعرضين للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري إلى ترك أكثر من خمسي الأطفال المتعايشين مع الفيروس دون تشخيص. وقد انخفض عدد الأطفال الذين يتلقون العلاج على مستوى العالم منذ عام 2019، مما ترتب عليه بقاء ما يقرب من 800,000 طفل متعايش مع الفيروس دون علاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في عام 2020.

سُجلت بعض أوجه التفاوت على أساس العرق في خدمات فيروس نقص المناعة البشري في أجزاء عديدة من العالم المتقدم.

يمنع الخوف من الترحيل الكثيرين من الوصول إلى الخدمات الأساسية. كما يقوض الوصم والتمييز فرص وصولهم إلى الخدمات الأساسية، في ظل احتمالات تعرض المهاجرين الذين ينتمون إلى المجموعات السكانية الرئيسية لتمييز قاسٍ في العديد من البلدان (13، 14). سُجلت بعض أوجه التفاوت على أساس العرق في خدمات فيروس نقص المناعة البشري في أجزاء عديدة من العالم المتقدم. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، يمثل السود نسبة كبيرة غير متناسبة من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في البلاد: 41% في عام 2019، على الرغم من أنهم يمثلون نحو 13% فقط من السكان الوطنيين (15). ويرجع ذلك جزئيًا إلى انخفاض تغطية خدمات الوقاية من الفيروس. فلم يتم وصف العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى سوى لـ 8% من الأمريكيين السود و14% من ذوي الأصول الإسبانية/اللاتينية المؤهلين للحصول على هذا العلاج الوقائي، مقابل 63% من البيض (الشكل 0.8) (15). كما تشير الدراسات إلى وجود تفاوتات عرقية كبيرة في نتائج علاج فيروس نقص المناعة البشري، ويُعزى ذلك إلى تأخر بدء العلاج والرعاية، وانخفاض الالتزام بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية، وتفاقم الوصم والتمييز، وانعدام الثقة أو عدم الوصول إلى مقدمي الرعاية الصحية، وعدم كفاية الوصول إلى خدمات التأمين الصحي إلى جانب عدد من العوامل المساهمة الأخرى (16-19). وتوجد العديد من هذه الفجوات بين الرجال المثليين من السود واللاتينيين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والذين عليهم أن يتعاملوا مع اللامساواة العرقية ورهاب المثلية.

الشكل 0.8 | تغطية العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى بين البالغين المؤهلين، حسب المجموعة العرقية/الإثنية، الولايات المتحدة الأمريكية، 2019



المصدر: تقارير النظام الوطني لمراقبة فيروس نقص المناعة البرية لعام 2019. في: cdc.gov [الإنترنت]. 27 مايو/أيار 2021. أتلانتا (جورجيا): مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها: 2021.
(<https://www.cdc.gov/nchhstpn/newsroom/2021/2019-national-hiv-surveillance-system-reports.html>)

تجريم المجموعات السكانية الرئيسية يبطئ الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية

في كل منطقة من مناطق العالم، هناك مجموعات سكانية رئيسية معرضة بشكل خاص للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. ويعد الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن معرضون لخطر الإصابة بالفيروس أكثر من الأشخاص الذين لا يستخدمون المخدرات بالحقن بمقدار 35 ضعفًا؛ وتتعرض النساء عابرات الجنس لخطر الإصابة بعدوى الفيروس أكثر من البالغين الآخرين بمقدار 34 ضعفًا؛ وتتعرض النساء العاملات في مجال الجنس لخطر الإصابة بالفيروس أكثر من غيرهن من النساء البالغات بمقدار 26 ضعفًا؛ كما يتعرض الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال لخطر الإصابة بالفيروس أكثر من الرجال البالغين المغايرين جنسيًا بمقدار 25 ضعفًا. وبصفة عامة، تشكل المجموعات السكانية الرئيسية وشركاؤهم الجنسيون 65% من الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية في جميع أنحاء العالم في عام 2020 و93% من الإصابات خارج أفريقيا جنوب الصحراء (الشكل 0.10).

ولا تزال المجموعات السكانية الرئيسية تتعرض للتمييز والتجريم بسبب الهوية الجنسية والتعبير الجنسي والميل الجنسي وسبل العيش. وتعزز إحدى الدراسات التحليلية البيئية، التي أجريت بقيادة معهد أونيل للصحة الوطنية والعالمية التابع لجامعة جورج تاون، بعض الدراسات الأصغر نطاقًا التي تشير إلى أن تجريم المجموعات السكانية الرئيسية له تأثير سلبي على النتائج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (20). وقد كانت مستويات الإلمام بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والكبت الفيروسي بين المتعايشين مع الفيروس أقل بكثير في البلدان التي تجرم العلاقات الجنسية المثلية والعمل في مجال الجنس واستخدام المواد المخدرة من البلدان التي اختارت عدم تجريمها. وعلى العكس من ذلك، كان هناك ارتباط إيجابي بين الوصول إلى نتائج أفضل فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية واعتماد قوانين تعزز عدم التمييز ووجود



كانت مخاطر إصابة المجموعات السكانية الرئيسية بفيروس نقص المناعة البشرية في عام 2020 كما يلي:

الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال:

معرضون للإصابة أكثر من الرجال مغايري الجنس بمقدار 25 ضعفًا.

الإناث العاملات في مجال الجنس: معرضات للإصابة أكثر من النساء في عموم السكان **بمقدار 26 ضعفًا.**

النساء عابرات الجنس: معرضات للإصابة أكثر من البالغين الآخرين **بمقدار 34 ضعفًا.**

الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن: **خطر الإصابة أكبر بمقدار 35 ضعفًا** من الأشخاص الذين لا يستخدمون المخدرات بالحقن.

امرأة عابرة للجنس تتحدث في معرض للصور أقيم في بيرو بدعم من الأمم المتحدة. الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

تخلف الأطفال عن الركب

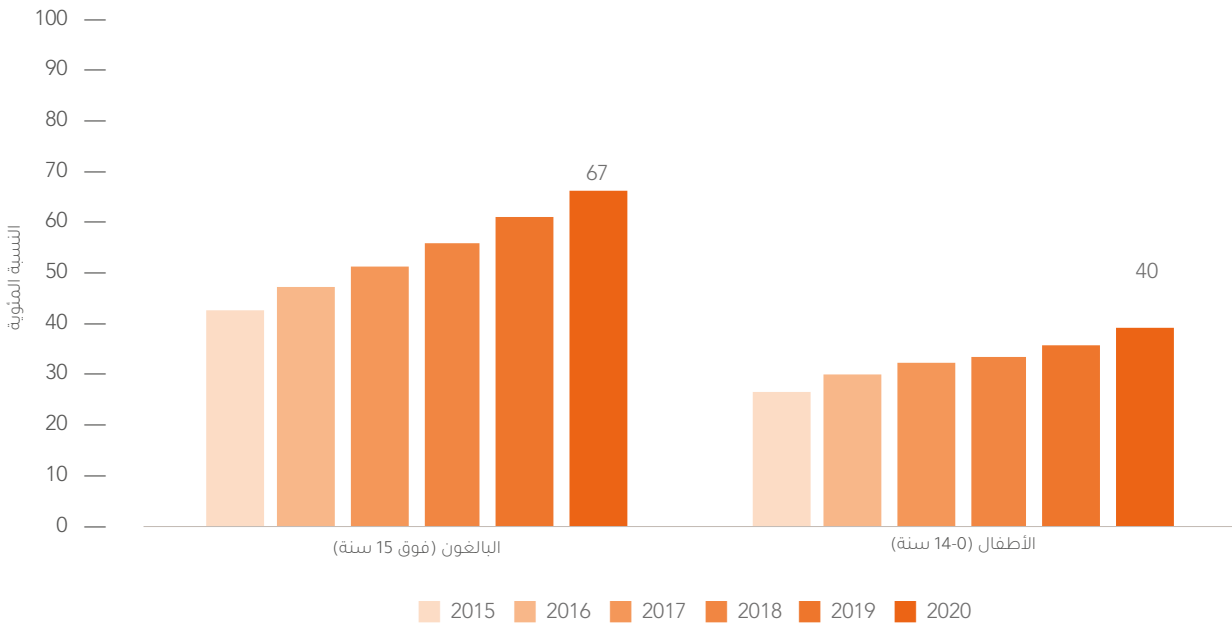
تراجعت نسبة الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال بأكثر من النصف (54%) من 2010 إلى 2020، ويرجع ذلك أساساً إلى زيادة توفير العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للحوامل والمرضعات المتعايشات مع الفيروس. ومع ذلك، فقد تباطأ هذا الزخم بشكل كبير، تاركاً فجوات كبيرة بشكل خاص في غرب ووسط أفريقيا، التي تضم أكثر من نصف الحوامل المتعايشات مع الفيروس اللائي لا يخضعن للعلاج.

يتطلب القضاء على الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري إجراء تحسينات عبر سلسلة من الجهود المتواصلة لتزويد النساء بالخدمات عندما يصبحن نشيطات جنسياً ويبدأن في تنظيم أسرهن ويدخلن في مرحلة الحمل والولادة والرضاعة الطبيعية. ويجب أن تعمل البرامج بشكل أفضل من أجل تمكين النساء من حماية أنفسهن من الإصابة بالفيروس، وتحديد النساء المتعايشات مع الفيروس وتزويدهن على وجه السرعة بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية بغية تحقيق الكبت الفيروسي.

وقد أدت الثغرات في إجراء اختبار الرضع والأطفال المعرضين للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري إلى ترك أكثر من خمسي الأطفال المتعايشين مع الفيروس دون تشخيص. وقد انخفض عدد الأطفال الذين يتلقون العلاج على مستوى العالم منذ عام 2019، مما ترتب عليه ترك ما يقرب من 800,000 طفل متعايش مع الفيروس (تتراوح أعمارهم بين 0 و14 سنة) دون علاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في عام 2020. ولم يتمكن من كبت الحمل الفيروسي سوى 40% فقط من الأطفال المتعايشين مع الفيروس، مقارنة بـ 67% من البالغين (شكل 0.9). وما يقرب من ثلثي الأطفال الذين لا يخضعون للعلاج تتراوح أعمارهم بين 5 و14 سنة- وهم الأطفال الذين يتعذر إيجادهم من خلال اختبار فيروس نقص المناعة البشري خلال زيارات الرعاية التالية للولادة. وتتمثل إحدى أولويات السنوات الخمس المقبلة في توسيع المؤشر القائم على الحقوق، والاختبار الأسري والمنزلي، والنهوض بعلاج الأطفال من أجل تشخيص هؤلاء الأطفال، وربطهم بالعلاج، وتوفير الرعاية التي يحتاجونها مدى الحياة.

ما يقرب من ثلثي الأطفال الذين لا يخضعون للعلاج تتراوح أعمارهم بين 5 و14 سنة- الأطفال الذين يتعذر إيجادهم من خلال اختبار فيروس نقص المناعة البشري خلال زيارات الرعاية التالية للولادة.

الشكل 0.9 | نسبة الأشخاص البالغين (الذين تزيد أعمارهم عن 15 سنة) والأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و14 سنة) الذين تمكنوا من كبت الحمل الفيروسي بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، على مستوى العالم، 2015-2020



تحديات مختلفة أمام النساء والرجال والشباب

تؤدي اللامساواة والتمييز بين الجنسين إلى حرمان النساء والفتيات من حقوقهن الإنسانية الأساسية، ويشمل ذلك الحق في التعليم والصحة والفرص الاقتصادية. كما أن عدم التمكين الناتج عن ذلك يحرم النساء والفتيات من الاستقلال الجنسي وسلطة صنع القرار ومن كرامتهن وسلامتهن.

ويعتبر العنف القائم على النوع الاجتماعي من أبرز مظاهر اللامساواة السافرة بين الجنسين: فقد ثبت أنه يزيد من خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين النساء والفتيات، وبين المتعاضبات مع فيروس نقص المناعة البشري، ويمكن أن يؤدي إلى تقليص فرص الوصول إلى العلاج والالتزام به (21، 22). وتتجلى هذه التأثيرات بشكل أكثر وضوحاً في أفريقيا جنوب الصحراء، حيث شكلت الفتيات المراهقات والشابات (من سن 15 إلى 24 عامًا) 25% من مجموع الإصابات بفيروس نقص المناعة البشري في عام 2020، على الرغم من أنهن يمثلن 10% فقط من السكان (الشكل 0.11).

إن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية هي أساس قدرة النساء والفتيات على منع إصابتهن بفيروس نقص المناعة البشري. وقد التزمت الجمعية العامة للأمم المتحدة بضمان حصول 95% من النساء والفتيات في سن الإنجاب على احتياجاتهن المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية بحلول عام 2025، لكن عددًا قليلًا للغاية من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل يستطيع بلوغ هذا الهدف في الوقت الحالي.

وثمة أدلة على أن إتمام التعليم الثانوي من شأنه المساعدة في حماية الفتيات من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري في الأماكن التي ينتشر فيها الفيروس، فضلاً عن المنافع الاجتماعية والاقتصادية الأوسع المترتبة على ذلك (23). بيد أن في العديد من البلدان، تقل احتمالية إتمام الفتيات للتعليم الثانوي عن البنين، وتتأثر جودة التعليم الذي يحصلن عليه بسبب التمييز في المدارس. ويجري تنفيذ العديد من مشاريع الوقاية الشاملة للمراهقات والشابات في الأماكن التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. ومع ذلك، فإن مجمل هذه الجهود لم يصل إلى النطاق المطلوب، مما يجعل العديد من النساء والفتيات في البيئات ذات الحمل المرتفع لفيروس نقص المناعة البشري عُرضة بشكل كبير للإصابة بالفيروس.

وخارج أفريقيا جنوب الصحراء، شكّل الرجال والفتيان 58% من مجموع الإصابات بفيروس نقص المناعة البشري في عام 2020، ويرجع ذلك جزئيًا إلى أن نسبة الرجال أكبر من النساء في المجموعات السكانية الرئيسية وبين شركائهم الجنسيين على مستوى العالم. وفي جميع المناطق تقريبًا، تقل احتمالية وصول الرجال إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري، ودائمًا ما يكون الرجال المتعاضبون مع الفيروس أسوأ حالًا من النساء في جميع مراحل اختبار الفيروس والعلاج منه. وبالمقارنة مع النساء المتعاضبات مع الفيروس، هناك مليون رجل آخر من المتعاضبين مع الفيروس لا يعرفون حالتهم الصحية، و1,8 مليون رجل آخر يعرفون حالتهم ولكنهم لا يتلقون العلاج و1,6 مليون رجل آخر لم يتمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي.

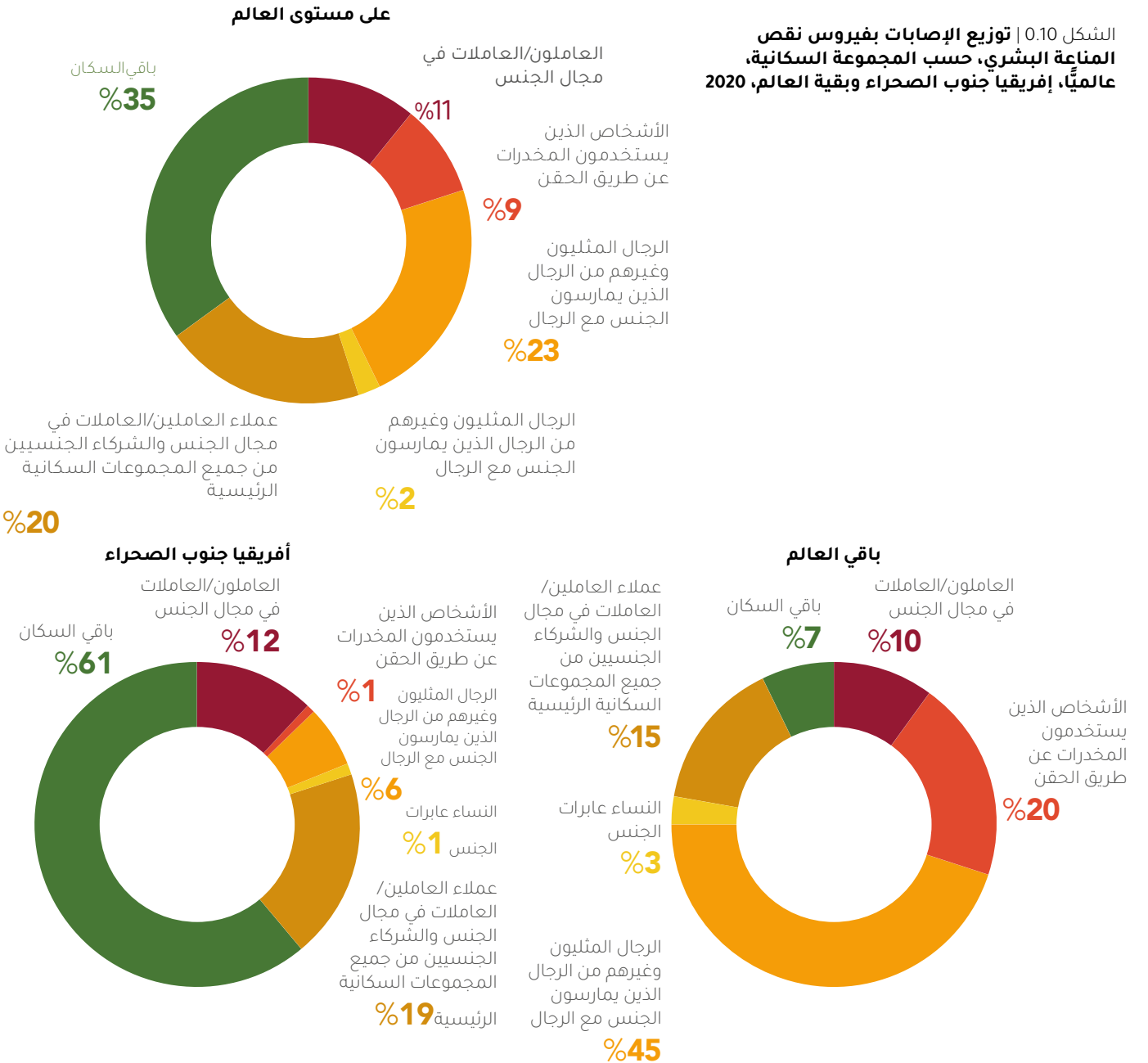
ولعل الأعراف المتعلقة بالنوع الاجتماعي التي تعظم قوة الذكور ورياسة جأشهم تفسر جزئيًا سبب تأخر العديد من الرجال في طلب الرعاية، ولكن هناك عوامل أخرى تلعب دورًا أيضًا (24). فخدمات الرعاية الصحية الأولية في شرق وجنوب إفريقيا تركز بشكل كبير على النساء في سن الإنجاب، وتوفر خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل مدخلًا مثاليًا لخدمات فيروس نقص المناعة البشري. أما المداخل المماثلة للرجال فليست شائعة (25، 26). ومن شأن تركيز الجهود من أجل إيتاء خدمات

الصحة والحقوق
الجنسية والإنجابية
هي أساس قدرة
النساء والفتيات
على منع الإصابة
بفيروس نقص
المناعة البشري.

لا تزال المجموعات السكانية الرئيسية تتعرض للتهميش والتجريم بسبب الهوية الجنسية والتعبير الجنسي والميل الجنسي وسبل العيش.

مؤسسات لحقوق الإنسان والاستجابات للعنف القائم على النوع الاجتماعي (20). وعبر البلدان والمناطق، تكون خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري الضرورية بالنسبة للمجموعات السكانية الرئيسية إما متاحة بشكل غير متكافئ أو غائبة تمامًا. ونادرًا ما تُقدّم خدمات الحد من الضرر للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن، على سبيل المثال، على نطاق معقول في جميع المناطق. وعلى نحو مماثل، لا تزال تغطية برامج الوقاية للرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ضعيفة، بما في ذلك بين العديد من البلدان مرتفعة الدخل. وتعد تغطية برامج الوقاية للأشخاص عابري الجنس ضئيلة في جميع البلدان باستثناء عدد قليل منها. ولا تزال تغطية برامج الوقاية بين العاملين/العاملات في مجال الجنس في منطقة شرق وجنوب أفريقيا متدنية. وغالبًا ما لا يتم توفير خدمات فيروس نقص المناعة البشري للأشخاص في السجون وغيرها من الأماكن المغلقة، على الرغم من سهولة الوصول إليهم نسبيًا.

الشكل 0.10 | توزيع الإصابات بفيروس نقص المناعة البشري، حسب المجموعة السكانية، عالميًا، إفريقيا جنوب الصحراء وبقية العالم، 2020



يواجه الشباب
عقبات تتمثل في
ضرورة موافقة
الوالدين على
حصولهم على
خدمات فيروس
نقص المناعة
البشري وخدمات
الصحة الجنسية
والإنجابية. كما
أنهم لا يتمتعون
بفرص كافية
للحصول على تربية
جنسية شاملة
جيدة ومناسبة
لأعمارهم، مما
يجعلهم عرضة
للأساطير
والمعلومات
الخاطئة حول
الجنس والصحة
الجنسية.

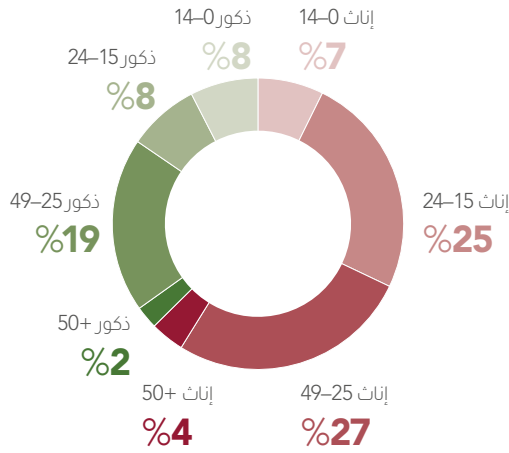
فيروس نقص المناعة البشري للرجال-بما في ذلك من خلال التدخلات في مكان العمل وزيادة استخدام نهج الاختبار الذاتي، ومن خلال توفير الخدمات في أقسام العيادات الخارجية-تحسين نتائجهم الصحية والمساعدة في منع انتقال الفيروس إلى شركائهم الجنسيين.

وقد شكّل الشباب، بمن فيهم الشباب من المجموعات السكانية الرئيسية، 27% من مجموع الإصابات بفيروس نقص المناعة البشري في عام 2020. ويواجه الشباب عقبات تتمثل في ضرورة موافقة الوالدين على حصولهم على خدمات فيروس نقص المناعة البشري وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية. كما أنهم لا يتمتعون بفرص كافية للحصول على تربية جنسية شاملة جيدة ومناسبة لأعمارهم، مما يجعلهم عرضة للأساطير والمعلومات الخاطئة حول الجنس والصحة الجنسية. ويتم تمكين الطلاب الذين يتلقون تعليمًا جنسيًا شاملاً لتحمل المسؤولية عن قراراتهم وسلوكياتهم والطرق التي يمكنهم من خلالها التأثير على الآخرين. ويلعب التثقيف الجنسي الشامل أيضًا دورًا في منع العنف القائم على النوع الاجتماعي، وزيادة استخدام وسائل منع الحمل، وتقليل عدد الشركاء الجنسيين، وتأخير بدء الاتصال الجنسي

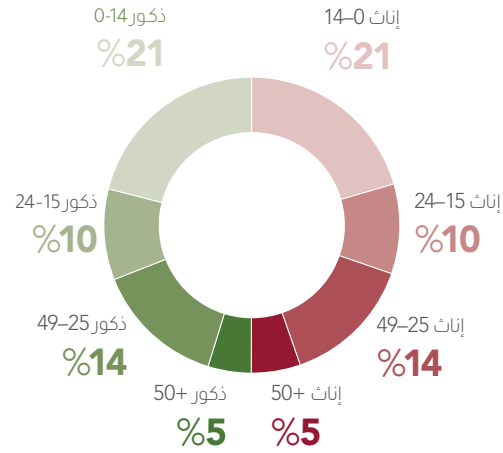


الشكل 0.11 | توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري وتوزيع السكان، حسب العمر ونوع الجنس، على مستوى العالم، وإفريقيا جنوب الصحراء وخارج إفريقيا جنوب الصحراء، 2020

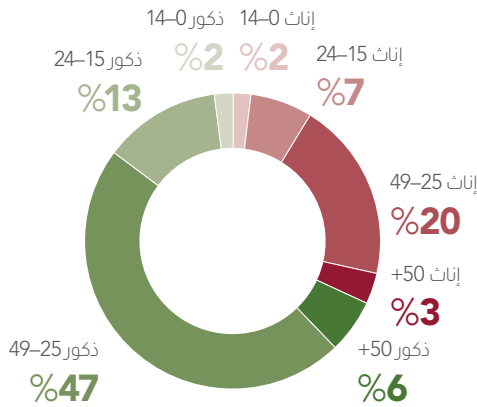
توزيع السكان في إفريقيا جنوب الصحراء



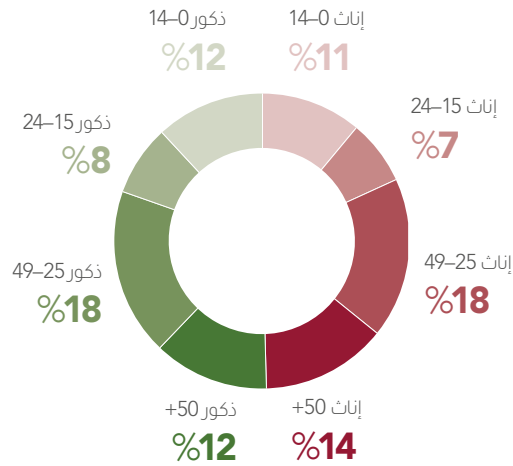
توزيع السكان خارج إفريقيا جنوب الصحراء



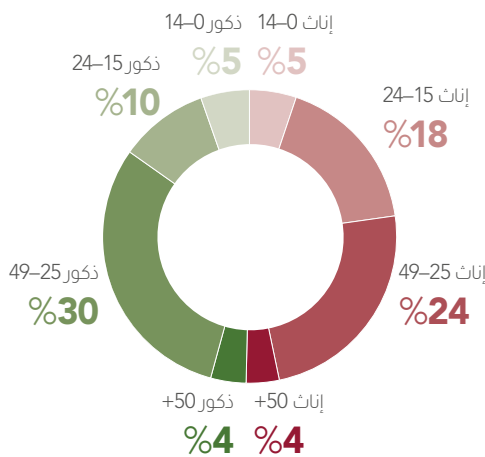
الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في إفريقيا جنوب الصحراء



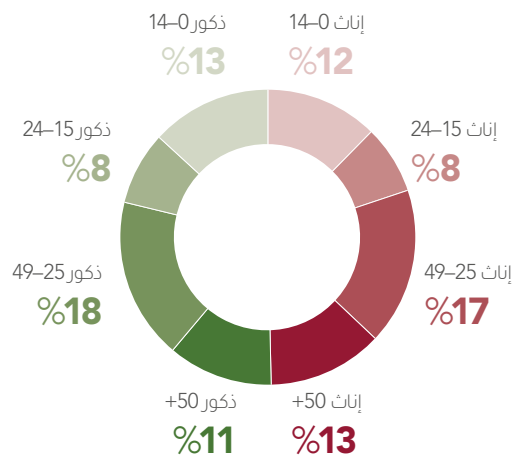
توزيع السكان خارج إفريقيا جنوب الصحراء



الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري



توزيع السكان



أهداف

والتزامات عام 2025

ما الجديد والمختلف والطموح في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

والمتوسطة الدخل، بما في ذلك 3,1 مليار دولار أمريكي على الأقل في عوامل التمكين المجتمعية.

■ الأهداف 10-10-10 بشأن عوامل التمكين المجتمعي:

- خفض عدد النساء والفتيات والمتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة بعدواه والمتأثرين به والذين يعانون من عدم المساواة بين الجنسين والعنف الجنسي والقائم على النوع الاجتماعي إلى أقل من 10%.

- ضمان ألا تتجاوز نسبة البلدان لديها بيانات قانونية وسياسية مقيدة تؤدي إلى الحرمان من الوصول إلى الخدمات أو تقييده 10%.

- ضمان ألا تتجاوز نسبة الأشخاص الذين يعانون من الوصم والتمييز من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به 10%.

■ **الصحة الجنسية والإنجابية:** الالتزام بضمان تلبية احتياجات 95% من النساء والفتيات في سن الإنجاب الخاصة بخدمات فيروس نقص المناعة البشري وخدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية.

■ **الوصول إلى الأدوية والوسائل التشخيصية واللقاحات والتكنولوجيات الصحية بأسعار معقولة:** الالتزام بضمان تيسير الحصول وإتاحة وخفض تكاليف الأدوية الآمنة والفعالة ومضمونة الجودة، بما في ذلك الأدوية الجينية، واللقاحات، والوسائل التشخيصية، والتكنولوجيات الصحية الأخرى للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري وتشخيصه وعلاجه وحالات العدوى والاعتلال المصاحبة له.

■ **تكامل الخدمات:** الالتزام بالاستثمار في نظم الصحة ونظم الحماية الاجتماعية التي تروّج 90% من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، والمعرضين لخطر الإصابة بعدواه والمتأثرين به، بخدمات متكاملة تركز على الناس ومحددة السياق لفيروس نقص المناعة البشري وغيرها من الخدمات.

■ **قيادة المجتمع وإيتاء الخدمات والمراقبة:** الالتزام بزيادة نسبة خدمات فيروس نقص المناعة البشري التي يقودها المجتمع، وضمان تمويل الشبكات والمجتمعات المحلية ذات الصلة على نحو مستدام، وإدراجها في عملية صنع القرار بشأن الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري، والتأكد من قدرتها على توليد البيانات من خلال المراقبة المجتمعية والبحوث.

■ **زيادة إشراك المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري:** الإشارة الصريحة إلى زيادة إشراك المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، والمعروفة باسم مبدأ GIPA.

■ **القضاء على أوجه اللامساواة:** الالتزام باتخاذ إجراءات عاجلة وتحويلية للقضاء على أوجه اللامساواة التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية والعرقية والجنسانية التي تديم وباء الإيدز.

■ **نتائج عادلة وأهداف دقيقة:** الالتزام بتحقيق توليفة الأهداف المتمثلة في الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري والاختبارات الخاصة به والعلاج منه في التركيبات السكانية والمجموعات والأماكن الجغرافية ذات الصلة.

■ **توليفة وسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري ذات الأولوية:** الالتزام بإعطاء الأولوية للحزم الشاملة لخدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري والتأكد من توافرها واستخدامها من قبل 95% من الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري.

■ **المجموعات السكانية الرئيسية:** التسليم بأن المجموعات السكانية الرئيسية-بما في ذلك الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن، والإناث العاملات في مجال الجنس، والأشخاص عابري الجنس، والأشخاص في السجون وغيرها من الأماكن المغلقة-معرضون بشكل خاص لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري.

■ **سلسلة جديدة لفيروس نقص المناعة البشري:** الالتزام بالوصول إلى الأهداف 95-95-95 الجديدة للاختبار والعلاج وكبت الفيروس في جميع التركيبات السكانية والمجموعات والأماكن الجغرافية، مما يضمن حصول ما لا يقل عن 34 مليون من المتعاشين مع الفيروس على العلاج.

■ **غير قابل للكشف = غير قابل للانتقال:** التسليم بأن كبت الفيروس من خلال العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية يعد من العناصر المهمة في توليفة وسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري لأن المتعاشين مع الفيروس الذين يتعذر اكتشاف الحمل الفيروسي لديهم لن ينقلوا العدوى إلى الآخرين.

■ **القضاء على الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري لدى الأطفال:** الالتزام بضمان حصول 95% من الحوامل والمرضعات على توليفة وسائل الوقاية من الفيروس واختبارات ما قبل الولادة وإعادة الاختبار: تمكن 95% من المتعاشات مع الفيروس من تحقيق الكبت الفيروسي قبل الولادة وأثناء الرضاعة الطبيعية وإدامته: وخضوع 95% من الأطفال المعرضين للإصابة بالفيروس للاختبار في غضون شهرين، وفي حال كانوا حاملين للفيروس، يتم تزويدهم بالعلاج الأمثل.

■ **تمويل الاستجابة للإيدز بالكامل:** استثمار 29 مليار دولار أمريكي سنوياً في البلدان المنخفضة

الاستراتيجية الجديدة وأهداف 2025 تقدم التوجه العالمي

إن القضاء على أوجه اللامساواة، إلى جانب الجهود المبذولة للقضاء على الإيدز، هو المحور الرئيسي للاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز 2021-2026: القضاء على اللامساواة، القضاء على الإيدز، والتي دعا برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز البلدان إلى الاسترشاد بها كدليل لاستجاباتها لفيروس نقص المناعة البشري. كما كانت الاستراتيجية بمثابة نقطة انطلاق للدورة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن جائحة الإيدز في يونيو/حزيران 2021. وقد تلقت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة المشورة من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وكبار مسؤولي الأمم المتحدة، وممثلو المنظمات الدولية والقطاع الخاص والمجتمع المدني والأوساط الأكاديمية وأصحاب المصلحة الآخرين، من خلال بحث سبل التغلب على التحديات العديدة التي تسببت في تخلف العالم عن جهوده للقضاء على جائحة الإيدز باعتباره تهديداً للصحة العامة بحلول عام 2030، على النحو المتفق عليه في أهداف التنمية المستدامة.

وبعد أسابيع من النقاشات المكثفة، اعتمدت الجمعية العامة الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز: القضاء على أوجه اللامساواة والمضي قدماً في القضاء على الإيدز بحلول عام 2030. ويتضمن الإعلان التزامات وأهدافاً عالمية جديدة وجريئة لعام 2025، وهي طموح ولكنها قابلة للتحقيق إذا ما اتبعت البلدان والمجتمعات المحلية الإرشادات المبنية على الأدلة الواردة في استراتيجية برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.

يتضمن الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز التزامات وأهدافاً عالمية جديدة وجريئة لعام 2025، وهي طموح ولكنها قابلة للتحقيق إذا ما اتبعت البلدان والمجتمعات المحلية الإرشادات المبنية على الأدلة الواردة في استراتيجية برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.



الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

**كانت قلة
الاستثمار في
تدابير الاستجابة
لفيروس نقص
المناعة البشري
في البلدان
منخفضة
ومتوسطة الدخل
سبباً رئيسياً
لعدم تحقيق
الغايات العالمية
لعام 2020.**

المحدد لعام 2025 في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز: 29 مليار دولار أمريكي (حسب سعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2019) بالنسبة للبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، والتي شملت في 2020-2021 بلداناً كانت مصنفة سابقاً على أنها مرتفعة الدخل (الشكل 0.12).

إن الوصول إلى التكلفة العالمية للاستجابة للإيدز ما هو إلا جزء من التحدي-فمن أين تأتي الأموال وأين تذهب وكيف يتم إنفاقها؛ كل ذلك يتطلب أيضاً اهتماماً وثيقاً.

تمثل شرق وجنوب أفريقيا، وهي المنطقة التي يوجد بها أكبر عبء لفيروس نقص المناعة البشري، 29% من احتياجات الموارد المقدرة بين جميع البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل لعام 2025. وتعزى حصة آسيا والمحيط الهادئ الكبيرة (32%) من إجمالي الموارد اللازمة بشكل أساسي إلى جهود الوقاية من الفيروس لعدد أكبر من سكانها، فضلاً عن ارتفاع تكاليف الوحدة في بعض البلدان. ويسهم ارتفاع تكاليف الوحدة أيضاً في ارتفاع نصيب الفرد نسبياً من الموارد اللازمة في أمريكا اللاتينية وأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى.

وتوضح الأنماط الإقليمية لتوافر الموارد أن تحقيق تأثير أكبر مرتبط باستثمار الأموال الكافية واستخدامها بحكمة (الشكل 0.13). ففي شرق وجنوب أفريقيا، على سبيل المثال، أدت توليفة من الاستثمارات المحلية والدولية إلى حدوث توسع سريع في مجال الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري واختبار الكشف عنه والعلاج منه في المناطق ذات العبء المرتفع للفيروس، مما أدى إلى انخفاض قوي وثابت في معدل الإصابة به والوفيات المرتبطة بالإيدز. وعلى الرغم من أن كميات الموارد المتاحة للفرد في شرق وجنوب أفريقيا ومنطقة البحر الكاريبي في عام 2020 قد حققت أو حتى تجاوزت أهداف الاستثمار لعام 2025، فإن الانخفاض في معدلات الإصابات والوفيات لا يسير على المسار الصحيح لتحقيق أهداف التأثير لعام 2025، مما يعكس ضرورة تخصيص الموارد على نحو أكثر كفاءة واستخدامها داخل العديد من البلدان في المنطقة. ويتجلى هذا النمط بشكل أوضح في أمريكا اللاتينية، حيث تم الحفاظ على مستويات عالية نسبياً من الإنفاق لكل متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري، وحيث توقفت جهود الوقاية من الفيروس عند معدل منخفض نسبياً لوقوع الإصابات (0.16 حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري لكل 1000 من السكان).

وفي غرب ووسط أفريقيا، يرتبط النقص الكبير في الموارد والاعتماد المستمر على الإنفاق من المال الخاص (مثل رسوم استخدام الخدمات الصحية) بحدوث انخفاض أكثر تواضعاً في حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري ومعدل الوفيات المرتبطة بالإيدز. ففي آسيا والمحيط الهادئ، حيث يكون معدل الإصابة بالفيروس والوفيات المرتبطة بالإيدز منخفضاً نسبياً، فإن معدل الوفيات أخذ في الانخفاض، ولكن انخفاض حالات الإصابة بالفيروس بطيء، مما يعكس ضرورة زيادة الاستثمار في الوقاية من الفيروس في العديد من بلدان المنطقة. ويعكس الارتفاع الصاروخي



ضرورة تعزيز وترشيد الاستثمارات من أجل القضاء على الإيدز

سيطلب القضاء على الإيدز استثمارات محلية إضافية كبيرة، ومساهمات دولية متجددة، وتخصيص الموارد المتاحة على نحو أكثر كفاءة، وتقديم حلول مبتكرة لتقلص الحيز المالي الناجم عن جائحة كوفيد-19.

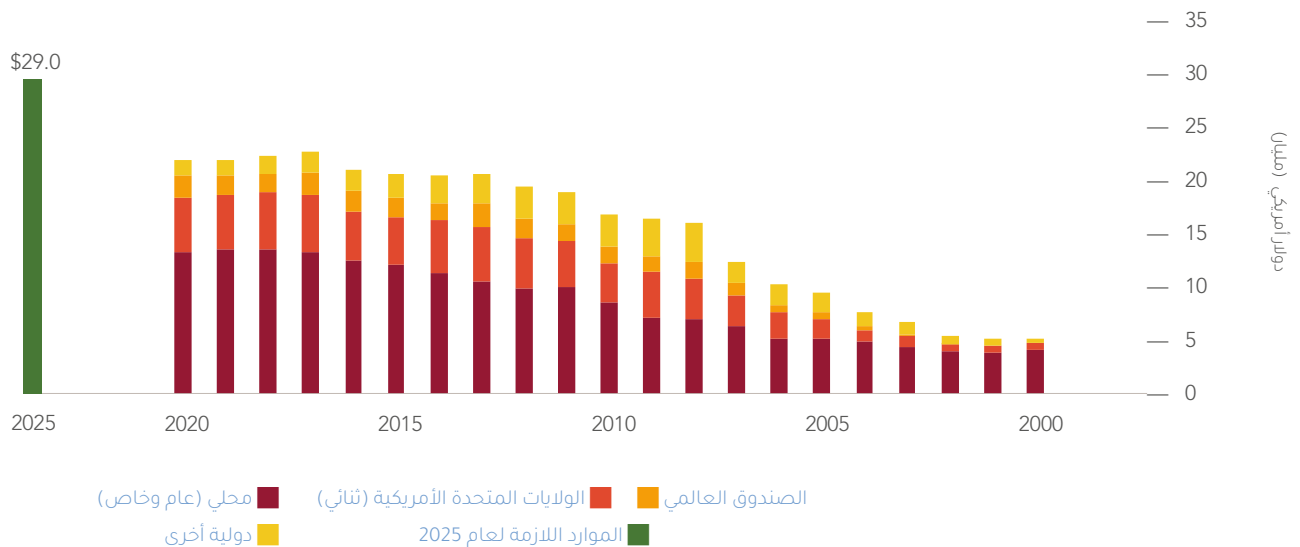
كانت قلة الاستثمار في تدابير الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل سبباً رئيسياً لعدم تحقيق الأهداف العالمية لعام 2020. وقد كان توافر الموارد المالية خلال السنوات الخمس الماضية باستمرار أقل من الموارد المطلوبة، وفي عام 2020، كان أقل بنسبة 29% من الهدف البالغ 26 مليار دولار أمريكي لتلك السنة (حسب سعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2016).³² وأصيب التمويل المحلي (العام والخاص)، الذي كان مصدراً رئيسياً لنمو الاستثمار في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل على مدى العقد الماضي بالركود ثم بدأ في الانخفاض. كما تذبذبت المساهمات الدولية لمدة 10 سنوات؛ حيث كانت في عام 2020 في نفس المستوى كما في عام 2010. وعند الجمع بين اتجاهات الموارد المحلية والجهات المانحة، كانت النتيجة ثلاث سنوات متتالية من التراجع في إجمالي توافر الموارد.

وتُرجم الفشل في بلوغ الأهداف البرنامجية وتلك المتعلقة بالتأثير إلى وجود المزيد من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمزيد من الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالفيروس والذين يحتاجون إلى الخدمات. وثمة حاجة الآن إلى مستويات أعلى من الموارد لإعادة الاستجابة لجائحة الإيدز إلى مسارها الصحيح صوب بلوغ الهدف العالمي المتمثل في القضاء على الإيدز بحلول عام 2030. ويجب أن تزيد الاستثمارات السنوية في مجال فيروس نقص المناعة البشري في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل من 21,5 مليار دولار أمريكي (حسب سعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2019) في الموارد المتاحة في عام 2020 لتصل إلى الهدف

² تتبع مجموعة البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل المدرجة في تقديرات توافر الموارد والاحتياجات الواردة في هذا الفصل، تصنيف البنك الدولي على مستوى الدخل الفطري للفترة 2020-2021.

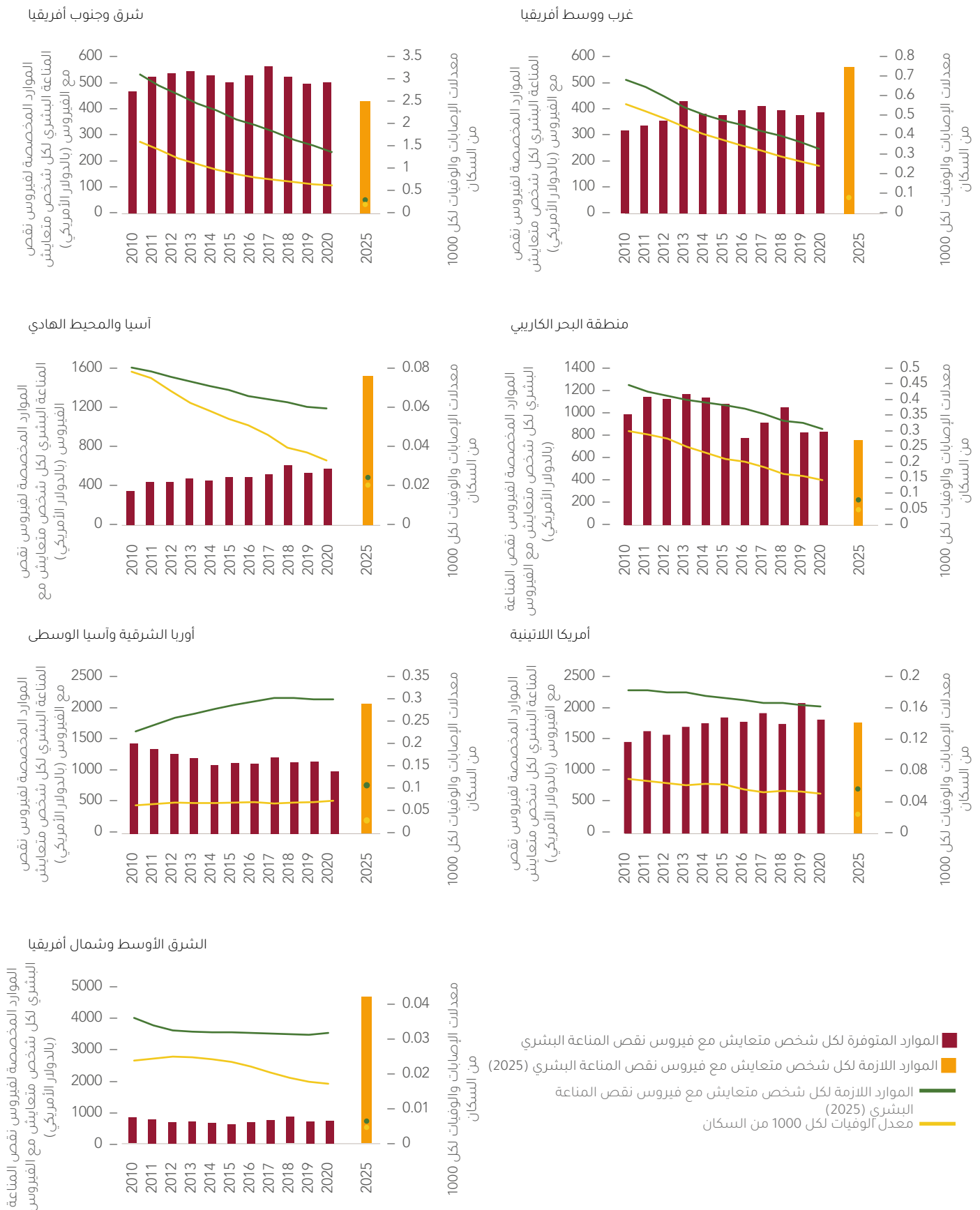
³ تراجع النسبة المئوية بالمقارنة بالهدف المحدد لعام 2020 يستخدم قيمة تقديرية لتوافر الموارد لعام 2020 (18,5 مليار دولار أمريكي) تم قياسها بسعر الصرف الثابت للدولار في عام 2016 لمطابقة الأهداف المتعلقة بالموارد في الإعلان السياسي لعام 2016 بشأن القضاء على الإيدز. ويتم قياس تقديرات الموارد والاحتياجات الأخرى الواردة في هذا الفصل حسب سعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2019، بما يتوافق مع الأهداف الخاصة بالموارد في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز.

الشكل 0.12 | توافر الموارد الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، 2000-2020 وهدف عام 2025



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>). ملحوظة: تقديرات الموارد معروضة حسب سعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2019. البلدان المشمولة هي تلك التي صنفها البنك الدولي في عام 2020 على أنها منخفضة ومتوسطة الدخل.

الشكل 0.13 | إجمالي الموارد المتوافرة الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري لكل شخص متعايش مع الفيروس، وحالات الإصابة بالفيروس، ومعدلات الوفيات المرتبطة بالإيدز، والبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، 2010-2020 وهدف عام 2025



لمعدلات الإصابة بالفيروس والوفيات في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى-وتزايد الإصابات في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا-الإنفاق الهائل على الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في معظم البلدان الواقعة في هاتين المنطقتين.

وتعد الموارد المخصصة للتوليفات الفعالة لخدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري للفئات السكانية الأكثر عرضة لخطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري غير كافية في معظم المناطق. وتدعو الاستراتيجية العالمية للإيدز 2021-2026 إلى مضاعفة التمويل المحلي والدولي للتدخلات الأولية إلى الوقاية من الفيروس، مثل العوازل الطبية والعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى وختان الذكور الطبي الطوعي، بحيث يزيد من 5.2 مليار دولار أمريكي في إجمالي النفقات المقدرة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل في عام 2019 إلى نحو 9.5 مليار دولار أمريكي في عام 2025. وينبغي أن تركز حصة كبيرة من هذه الموارد الإضافية المخصصة للوقاية من الفيروس على المجموعات السكانية الرئيسية في جميع المناطق، وعلى الفتيات المراهقات والشابات في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء التي تعاني من ارتفاع عبء الفيروس

.ويقع جزء كبير من الفجوة القائمة بين توافر الموارد لعام 2020 والموارد اللازمة لعام 2025 للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان المنتمية إلى الشريحة العليا من الدخل المتوسط والتي لديها عمومًا مساحة مالية أكبر لزيادة تخصيص الموارد المحلية. وعلى النقيض من ذلك، لا تزال البلدان منخفضة الدخل تعتمد بشكل كبير على موارد المانحين، ويرجع ذلك جزئيًا إلى أن بعض البلدان تنفق نسبة كبيرة من عائداتها الضريبية على خدمة الديون. ويهدد عجز الإنفاق المرتبط بجائحة كوفيد-19 في البلدان عبر جميع مستويات الدخل، بالتأثير على توافر التمويل اللازم للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري في السنوات القادمة.

**تدعو
الاستراتيجية
العالمية للإيدز
2021-2026
مضاعفة التمويل
المحلي والدولي
للتدخلات الأولية
الرامية إلى الوقاية
من فيروس نقص
المناعة البشري،
مثل العوازل
والعلاج الوقائي
قبل التعرض
للعدوى وختان
الذكور الطبي
الطوعي.**





في البلدان منخفضة الدخل، أدى الانكماش الاقتصادي الناجم عن الجائحة وارتفاع مستويات الدين العام إلى تقييد قدرتها على التعامل مع الأزمة بشكل كبير. ويوضح استمرار انخفاض تغطية اللقاح في العالم النامي والموجات الجديدة من العدوى التي تحركها المتغيرات، أن قدرًا كبيرًا من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل بحاجة إلى إلغاء ديونها بشكل عاجل.

صدمات كوفيد-19 تسهم في تعميق أوجه اللامساواة

حذر صندوق النقد الدولي من أن جائحة كوفيد-19 قد أدت إلى تفاقم أوجه اللامساواة والفقر الموجودة مسبقًا. وزادت الدول الغنية في العالم من عجز الميزانية حيث خصصت تريليونات من الدولارات من أجل استجاباتها لجائحة كوفيد-19، مما يحمي اقتصاداتهم وسكانهم من أسوأ حالة طوارئ صحية وصدمة اقتصادية منذ عقود (27). لكن جزءًا بسيطًا فقط من هذا السخاء قد ذهب إلى البلدان النامية، حيث تم توفير 10 مليارات دولار أمريكي إضافية فقط من المساعدة الإنمائية الرسمية وسط تحذيرات من إجراء تخفيضات مستقبلية في المساعدات الإنمائية (28).

وفي الوقت نفسه، في البلدان منخفضة الدخل، أدى الانهيار في الإيرادات، بسبب الانكماش الاقتصادي الناجم عن الجائحة وارتفاع مستويات الدين العام، إلى تقييد قدرتها على التعامل مع الأزمة بشكل كبير (27، 29). ففي عام 2019، كانت البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل تنفق ما متوسطه 10.7% من الإيرادات الحكومية على الرعاية الصحية و 12.2% على مدفوعات الديون الخارجية (30). وخلال الجائحة، كان العديد من هذه البلدان غير قادرة إلى حد كبير على تخصيص موارد إضافية لنظمها الصحية وشبكات الأمان الاجتماعي. ويوضح استمرار انخفاض تغطية اللقاح في العالم النامي والموجات الجديدة من العدوى التي تحركها المتغيرات، أن قدرًا كبيرًا من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل قد باتت في حاجة إلى إلغاء ديونها بشكل عاجل.

وقد وافقت مجموعة العشرين التي تضم أغنى دول العالم على تعليق ديون بقيمة 7 مليارات دولار لـ 46 دولة منخفضة الدخل في عام 2020. ومن المتوقع تأجيل مبلغ مماثل في عام 2021 (31). بيد أن المبلغ المؤجل في عام 2020 لا يمثل سوى 24% فقط من مدفوعات الديون المستحقة على تلك البلدان. لذلك استمرت في دفع ثلاثة من كل أربعة دولارات مستحقة عليها-وهو التمويل الذي تحتاج إليه هذه البلدان أشد الحاجة في ظل أزمة غير مسبقة. كما تم تأجيل مدفوعات الديون حتى عام 2022 فقط، مع وجود فواتير مستقبلية أكبر في طريقها للاسترداد.

ويجري استغلال مصادر تمويل جديدة، حيث تم في أبريل/نيسان 2021 الإعلان عن أكبر مخصص على الإطلاق بقيمة 650 مليار دولار أمريكي في حقوق السحب الخاصة-وهو أصل احتياطي دولي أنشأه صندوق النقد الدولي. ومن شأن هذا المبلغ المخصص تزويد البلدان بسيولة إضافية دون زيادة ديونها (32). ومع ذلك، يحذر نشطاء المجتمع المدني من أن هذه الأموال مخصصة بما يتناسب مع حصص أعضاء صندوق النقد الدولي، إذ من المتوقع أن تحصل الدول الغنية على حوالي ثلثي هذا المبلغ، والبلدان منخفضة الدخل على حوالي 1% (33). لذا دعا الخبراء والأكاديميون والمجتمع المدني إلى زيادة مخصصات حقوق السحب الخاصة إلى ما بين 1 تريليون دولار أمريكي و 3 تريليون دولار أمريكي، بما يتماشى مع حجم أزمة كوفيد-19، وأن تقوم الدول الغنية بتحويل مخصصاتها غير المستخدمة للبلدان الفقيرة (34). ويعد ضمان توفير الإغاثة الاقتصادية الخطوة الأولى، ولكن الخطوة الثانية هي ضمان تدفق الأموال إلى ميزانيات الصحة لحماية الناس من جائحة كوفيد-19 وفيرس نقص المناعة البشري وغيرها من المشاكل الصحية الحرجة.

ويعد ضمان توفير الإغاثة الاقتصادية الخطوة الأولى، ولكن الخطوة الثانية هي ضمان تدفق الأموال إلى ميزانيات الصحة لحماية الناس من جائحة كوفيد-19 وفيرس نقص المناعة البشري وغيرها من المشاكل الصحية الحرجة.

مبدأ جيبا

منذ بداية الاستجابة لوباء الإيدز، طالب المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري بحق بمقعد على طاولة صنع القرار. كما تقف المجتمعات المحلية المتأثرة بفيروس نقص المناعة البشري في طليعة المشاركة المجتمعية في تقديم الخدمات الصحية والاجتماعية، حيث تطالب بإلغاء القوانين والممارسات المعيقة، وبذل جهداً إضافياً لتقديم الخدمات إلى المجتمعات المهمشة، ومراقبة البرامج لتعزيز الفعالية والمساءلة.

وقد تم التعبير عن زيادة إشراك المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، فيما يعرف بمبدأ GIPA، في أحد الاجتماعات الكبرى الأولى على الإطلاق للناشطين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في عام 1983. وتم إضفاء الطابع الرسمي على مبدأ جيبا في قمة باريس لمكافحة الإيدز 1994، عندما وافقت 42 بلداً على "دعم زيادة إشراك المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري على الإطلاق... المستويات [و]... تحفيز خلق بيئات سياسية وقانونية واجتماعية داعمة" (38)

وقد أثبتت القيادة المجتمعية وتقديم الخدمات داخل البلدان أهميتها في مواجهة جائحة كوفيد-19، تمامًا كما فعلت في مواجهة فيروس نقص المناعة البشري. ففي كوت ديفوار وإندونيسيا وكينيا وأماكن أخرى، قامت الجماعات المجتمعية بتوصيل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والسل إلى منازل الناس أو مراكز الاستقبال المحلية، بينما قام أقرانهم في إسواتيني وكينيا بتسليم العوازل الطبية الطبية والمزلقات وأدوات الاختبار الذاتي لفيروس نقص المناعة البشري إلى نقاط التوزيع المجتمعية الرئيسية الصديقة للسكان (39). وأضافت المنظمات التي يقودها المجتمع أيضاً مهام متعلقة بكوفيد-19 إلى أنشطتها، مثل التوعية وتوزيع معدات الحماية الشخصية (40).

وفي الاجتماع رفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة لعام 2021 بشأن الإيدز، أعقب الحوار المكثف بين ممثلي المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية ووفود الدول الأعضاء في الأمم المتحدة إعادة التأكيد على مبدأ جيبا في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز، فضلاً عن الالتزام بضمان إدراج الشبكات العالمية والإقليمية والوطنية ودون الوطنية والمجتمعات المحلية المتأثرة الأخرى في عملية اتخاذ القرار والتخطيط والتنفيذ والرصد الخاصة بالاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري، وأن يتم تزويدهم بالدعم التقني والمالي الكافي.

امرأة متعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري تتحدث في إحدى فعاليات المناصرة في جنوب إفريقيا.
الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز



الدروس المستفادة من فيروس نقص المناعة البشري توجه الاستجابة للجائحة

تعتبر المكاسب التي تحققت على صعيد اختبارات فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه شهادة على ما يمكن تحقيقه عندما تستمع الدول إلى البلدان الأكثر تضرراً من الأزمة والعمل معاً لتلبية هذه الاحتياجات. ولعقود من الزمان، كانت مجتمعات المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري وغيرهم من المجموعات السكانية الرئيسية تدفع الاستجابة العالمية للإيدز إلى الأمام، وتطالب بالحصول على الأدوية بأسعار معقولة وعلى التمويل الكافي للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في كل من البلدان المتقدمة والنامية؛ إذ أن تلك الأمور هي قضايا حياة أو موت بالنسبة للأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري.

وفي أواخر تسعينيات القرن العشرين، أدى إنتاج البرازيل للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية منخفضة التكلفة وجهود جنوب إفريقيا لإتاحة هذه الأدوية بأسعار معقولة لسكانها المتزايدين من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، إلى حدوث معارضة شديدة من جانب شركات الأدوية متعددة الجنسيات والبلدان المتقدمة (35). وفي عام 2000، بلغت تكلفة الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لمدة عام نحو 10000 دولار أمريكي لكل مريض سنوياً، مما يجعل الوصول إليها قاصراً على بضعة آلاف من المرضى في الدول الغنية. وكانت منظمة دعم الإيدز (TASO) في أوغندا وحملة العمل العلاجي في جنوب إفريقيا (TAC) من بين المنظمات المدنية التي قادت دعوات إتاحة العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للجميع. ومع تجاوز عدد الوفيات السنوية المرتبطة بالإيدز 1.6 مليون [1.1 مليون-2.4 مليون] في عام 2001، مما أدى إلى تدمير مناطق بأكملها من أفريقيا جنوب الصحراء، تبنت الدول الأعضاء في منظمة التجارة العالمية إعلان الدوحة بشأن اتفاقية تريبس والصحة العامة، والتي أكدت أن حماية الملكية الفكرية هي مثل براءات الاختراع يجب ألا تقف في طريق استجابة بلد ما لأزمة الصحة العامة، بما في ذلك تلك المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري أو السل أو الملاريا أو الأوبئة الأخرى (36).⁴ وقد أدى فرض التراخيص الإلزامية للأدوية الحاصلة على براءات الاختراع وغيرها من التقنيات الصحية المسموح بها بموجب الإعلان وكذلك آليات الترخيص الطوعية إلى تسريع إنتاج الأدوية الجنيسة والمساعدات الدولية لشراء وتوزيع المنتجات الصحية بأسعار معقولة. ومنذ ذلك الحين، انخفض متوسط سعر العلاج الثلاثي عالي النشاط للفرد لمدة عام في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل إلى أقل من 100 دولار أمريكي في السنة.⁵

ونظراً لأن موجات الإصابة بكوفيد-19 تغطي على النظم الصحية في البلدان النامية ولا تزال تغطية اللقاحات منخفضة، فقد اشتد الجدل حول نظام الملكية الفكرية العالمي للأدوية واللقاحات وغيرها من التقنيات الصحية المنقذة للحياة. وانضم قادة الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري، بما في ذلك برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وشبكات المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، إلى هذا النقاش في إطار مبادرة "لقاح الشعوب". وتشمل الخطوات العاجلة التي دعت إليها المبادرة ما يلي: تنازل مؤقت عن الملكية الفكرية للقاحات وعلاجات كوفيد-19 والتقنيات ذات الصلة؛ ومشاركة شركات الأدوية في التكنولوجيا والمعرفة المتعلقة بكوفيد-19 من خلال مجمع إتاحة تكنولوجيات مكافحة كوفيد-19 (مجمع الإتاحة) التابع لمنظمة الصحة العالمية؛ والاستثمار بشكل كبير وفوري في المال العام لتكثيف الإنتاج العالمي للقاحات، ولضمان إتاحة لقاحات وعلاجات واختبارات كوفيد-19 مجاناً. (37)

يعد ضمان توفير الإغاثة الاقتصادية الخطوة الأولى، ولكن الخطوة الثانية هي ضمان تدفق الأموال إلى ميزانيات الصحة لحماية الناس من جائحة كوفيد-19 وفيروس نقص المناعة البشري وغيرها من المشاكل الصحية الحرجة.

⁴ تريبس هي اختصار لـ الجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية.

⁵ نظم العلاج من الخط الأول والثاني المتوفرة في عام 2020 بهذا السعر للشخص الواحد في السنة تشمل TDF/3TC/DTG, TDF/3TC/EFV, AZT/3TC/ NVP, TDF/FTC/EFV. انظر الفصل 9 (استثمارات القضاء على الإيدز) لمزيد من التفاصيل.

لسرطان عنق الرحم للنساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري وكفلت العلاج لأكثر من 60 ألف امرأة مصابة بآفات محتملة التسرطن (انظر دراسة الحالة في الصفحة 228).

وفي منطقة البحر الكاريبي، تستخدم المجموعات التي يقودها المجتمع التقاضي الاستراتيجي لإلغاء القوانين التي تعاقب انتهاكات الحقوق ضد مجتمعات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي وعابري/عابرات الجنس وثنائيي الجنس، وتعرض صحتهم وحياتهم للخطر (انظر دراسة الحالة في الصفحة 317). وفي بيرو، تم كسر حواجز موافقة الوالدين التي تعيق وصول الشباب إلى اختبارات فيروس نقص المناعة البشري وقوانين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بعد سنوات من الحملات الدؤوب من قبل النشطاء (انظر دراسة الحالة في الصفحة 302).

إن جائحة كوفيد-19 بمثابة ناقوس الخطر. ولم يكن العالم مستعدًا لجائحة كان العلماء على علم بأنها ستأتي يومًا ما. لقد كشف فيروس كورونا أوجه اللامساواة من جديد وساهم في تفاقمها حيث جعلت الفقراء والمهمشين معرضين بشدة للأزمات، من تفشي الأمراض إلى الكوارث الطبيعية، ومن تغير المناخ إلى الصراعات. وتُظهر أربعة عقود من الخبرة والدروس المستفادة بشأن فيروس نقص المناعة البشري-النجاحات والفشل على حد سواء- أن البلدان والمجتمعات التي تعمل معًا لمواجهة أوجه اللامساواة هي مفتاح الاستعداد والاستجابة للأوبئة.

كثيرون حول العالم لا يتوقعون إلى شيء في عام 2021 أكثر من عودتهم إلى حياتهم الطبيعية. لكن الطبيعي غير مقبول. وتعد البيانات والأمثلة الإيجابية الواردة في هذا التقرير دليلًا على أن العالم يمكن وينبغي أن يهدف إلى تحقيق أعلى من ذلك بكثير.



الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

البلدان عالية الأداء تقدم مسارًا تحتذي به البلدان الأخرى

يرتكز الاتجاه الذي توفره الاستراتيجية العالمية للإيدز 2021-2026 والإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز، على تجارب البلدان والمجتمعات المحلية التي تواجه اللامساواة وتحرز تقدمًا قويًا في مكافحة أوبئة الإيدز.

وفي إسواتيني، أدت القيادة الوطنية القوية والدعم الدولي، إلى جانب التعبئة المكثفة للمجتمع المحلي وتقديم الخدمات المتميزة، إلى نمو برنامج علاج فيروس نقص المناعة البشري في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط ليصبح رائدًا على مستوى العالم حيث حقق الأهداف 95-95-95 (في المجموع) قبل الموعد المحدد بسنوات (انظر دراسة الحالة في الصفحة 94).

وثمة جهد جديد تدعمه الأمم المتحدة في غرب ووسط إفريقيا لتوفير اختبارات فيروس نقص المناعة البشري للعائلات وأفراد الأسرة الذين تم تشخيص إصابتهم مؤخرًا بفيروس نقص المناعة البشري-المعروف باسم اختبار المؤشر المستند إلى الأسرة-وهو العثور على الآلاف من الأشخاص غير المشخصين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وربطهم بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية (انظر دراسة الحالة في الصفحة 122). وفي نيجيريا، تركز جهود مراقبة العلاج التي تقودها الشبكة الوطنية للأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري على حل تذييل العقبات أمام حصول النساء والفتيات والمجموعات السكانية الرئيسية على الخدمات (انظر دراسة الحالة في الصفحة 132). وفي جنوب إفريقيا، يعمل المديرون الأقران على معالجة أوجه القصور في اختبار فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه بين الرجال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري من خلال معالجة المخاوف والشعور بعدم الأمان التي تكمن وراء تجنب الذكور للخدمات الصحية (انظر دراسة الحالة في الصفحة 98).

ونظرًا لأن تدابير مكافحة كوفيد-19 عطلت خدمات اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، فقد تم التوسع بشكل سريع في توزيع الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية على مدار عدة شهور وتوزيعها على المجتمعات المحلية بدعم من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية ومنظمة الصحة العالمية (انظر دراسة حالة في الصفحة 216). كما توفر بلجيكا وكولومبيا خدمات فيروس نقص المناعة البشري للمهاجرين، على الرغم من التحديات الإضافية التي فرضتها جائحة كوفيد-19 (انظر دراسات الحالة في الصفحتين 358 و232).

وانضمت سري لانكا، وهي رائدة التغطية الصحية الشاملة حيث تقدم خدمات مجانية لصحة الأم والطفل، والصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة لجميع مواطنيها، إلى القائمة الصغيرة ولكن المتزايدة من البلدان التي تمكنت رسميًا من القضاء على الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري والزهري (انظر دراسة الحالة في الصفحة 118).

تعمل شراكة Go Further على توسيع خدمات سرطان عنق الرحم في 12 بلدًا يرتفع بها حمل فيروس نقص المناعة البشري، حيث ينتشر هذا النوع من السرطان بشكل مثير للقلق بين النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري، اللواتي تكافح أجهزةهن المناعية للتخلص من فيروس الورم الحليمي البشري (HPV). ومنذ إطلاقها في مايو/أيار 2018، دعمت الشراكة نحو 1,5 مليون فحص

إن جائحة
كوفيد-19 بمثابة
ناقوس الخطر.
ولم يكن العالم
مستعدًا لجائحة
كان العلماء على
علم بأنها ستأتي
يومًا ما. كثيرون
حول العالم لا
يتوقعون إلى شيء
في عام 2021
أكثر من عودتهم
إلى حياتهم
الطبيعية. لكن
الطبيعي غير
مقبول. وتعد
البيانات والأمثلة
الإيجابية الواردة
في هذا التقرير
دليلاً على أن
العالم يمكن
وينبغي أن يهدف
إلى تحقيق أعلى
من ذلك بكثير.

20. Kavanagh M, Agbla SC, Pillinger M, Joy M, Case A, Erondur N et al. Law, criminalization and HIV in the world: have countries that criminalize achieved more or less successful AIDS pandemic responses? O'Neill Institute for National and Global Health pre-print white paper; 2021 (<https://www.hivpolicylab.org/documents/reports/hlm/PRE-PRINT%20WHITE%20PAPER-Kavanagh%20et%20al-Law%20Criminalization%20%26%20HIV%20in%20the%20World-2021.pdf>).
21. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
22. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183-94.
23. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3(8):e470-e477.
24. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *J Int AIDS Soc*. 2020;23:e25517.
25. Cornell M, Majola M, Johnson LF, Dubula-Majola V. HIV services in sub-Saharan Africa: the greatest gap is men. *Lancet*. 2021;397(10290):2130-2.
26. Tanser FC, Kim HY, Mathenjwa T, Shahmanesh M, Seeley J, Matthews P et al. Home-based Intervention to Test and Start (HITS): a community-randomized controlled trial to increase HIV testing uptake among men in rural South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(2):e25665.
27. Fiscal monitor: a fair shot. Washington (DC): IMF; 2021 (<https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/fiscal-monitor/2021/April/English/text.ashx>).
28. COVID-10 spending helped lift foreign aid to an all-time high in 2020. Detailed note. Paris: OECD; 2021 (<https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-data/ODA-2020-detailed-summary.pdf>).
29. COVID-19 and the looming debt crisis. Innocenti Policy Brief series. UNICEF Office of Research: Florence; 2021 (https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Social-spending-series_COVID-19-and-the-looming-debt-crisis.pdf).
30. Sixty four countries spend more on debt payments than health. In: Jubilee Debt Campaign [Internet]. 12 April 2020. Worcester (UK): Jubilee Debt Campaign (<https://jubileedebt.org.uk/press-release/sixty-four-countries-spend-more-on-debt-payments-than-health>).
31. Fresnillo I. The G20 debt service suspension initiative. Draining out the Titanic with a bucket? Briefing paper. Brussels: Eurodad; 2020 (https://www.eurodad.org/g20_dssi_shadow_report).
32. Communiqué of the Forty-third Meeting of the IMFC. International Monetary Fund. 8 April 2021 (<https://www.imf.org/en/News/Articles/2021/04/08/communique-of-the-forty-third-meeting-of-the-imfc>).
33. Munevar D, Mariotti C. The 3 trillion dollar question: what difference will the IMF's new SDRs allocation make to the world's poorest? Brussels: Eurodad; 2021 (https://www.eurodad.org/imf_s_new_sdrs_allocation).
34. Main A, Weisbrot M, Jacobs D. The world economy needs a stimulus: IMF Special Drawing Rights are critical to containing the pandemic and boosting the world economy. In: Center for Economic and Policy Research [Internet]. 22 June 2020. Washington (DC): Center for Economic and Policy Research (<https://cepr.net/report/the-world-economy-needs-a-stimulus-imf-special-drawing-rights-are-critical-to-containing-the-pandemic-and-boosting-the-world-economy/>).
35. Hoen E, Berger J, Calmy A, Moon S. Driving a decade of change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all. *J Int AIDS Soc*. 2011;14:15.
36. Declaration on the TRIPS Agreement and public health. WTO Fourth Ministerial Conference, Doha, Qatar, 9–13 November 2001 (https://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/ddec_e.pdf).
37. 5 steps to end a vaccine apartheid. In: The People's Vaccine [Internet]. Oxfam, the People's Vaccine; 2021 (<https://peoplesvaccine.org/our-demands/>).
38. The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). Policy brief. Geneva: UNAIDS; 2007 (https://data.unaids.org/pub/briefingnote/2007/jc1299_policy_brief_gipa.pdf).
39. Implementation of the HIV Prevention 2020 Road Map: fourth progress report. Geneva: UNAIDS; 2020.
40. Our voices: impact of COVID-19 on women's and girls' sexual and reproductive health and rights in eastern and southern Africa. ITPC, Salamander Trust, Making Waves: October 2020 (https://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2020/09/ITPC_MW_SaT_Our_voices_SRHR_COVID_Work_in_progress_report_7_messages.pdf).

المراجع

1. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violence against women and children during COVID-19—one year on and 10 papers in: a fourth research round up. Washington (DC): Center for Global Development; April 2021 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/vawc-fourth-roundup.pdf>).
2. The shadow pandemic: violence against women during COVID-19. In: UN Women [Internet]. New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19#facts>).
3. Sex workers on the frontline. The role of sex worker rights groups in providing support during the COVID-19 crisis in Europe. Amsterdam: International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe; 2021 (<https://www.sexworkeurope.org/sites/default/files/userfiles/files/Sex%20workers%20on%20the%20frontline-2.pdf>).
4. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. In: Our World in Data [Internet]. Oxford Martin School, University of Oxford; c2021 (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>).
5. Ambrosioni J, Blanco JS, Re—Uruena JM, Davies M, Sued O, Marcos MA et al. Overview of SARS-CoV-2 infection in adults living with HIV. *Lancet HIV*. 2021;8(5):e294-e305.
6. Del Amo J. Does HIV impact COVID-19 susceptibility or severity? Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 31.
7. Marty L, Lemsalu L, Qivite-Urtane A, Costagliola D, Kaupé R, Linina I et al. Revealing HIV epidemic dynamics and contrasting responses in two WHO Eastern European countries: insights from modeling and data triangulation. *AIDS*. 2021;35(4):675-80.
8. Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, Bruns L, Patterson N, Yiweza D et al. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet*. 2007;369(9580):2187-95.
9. Marukutira T, Gray RT, Douglass C, El-Hayek C, Moreira C, Asselin J et al. Gaps in the HIV diagnosis and care cascade for migrants in Australia, 2013–2017: a cross-sectional study. *PLoS Med*. 2020;17(3):e1003044.
10. Brown AE, Attawell K, Hales D, Rice BD, Pharris A, Supervie V et al. Monitoring the HIV continuum of care in key populations across Europe and Central Asia. *HIV Med*. 2018;19(7):431-9.
11. Reyes-Urueña J, Campbell C, Hernando C, Vives N, Folch C, Ferrer L et al. Differences between migrants and Spanish-born population through the HIV care cascade, Catalonia: an analysis using multiple data sources. *Epidemiol Infect*. 2017;145(8):1670-81.
12. Tanser F, Bärnighausen T, Vandormael A, Dobra A. HIV treatment cascade in migrant and mobile populations. *Curr Opin HIV AIDS*. 2015;10:430-8.
13. Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond. Geneva: UNAIDS; 2017.
14. Migration focus on integration, xenophobia and discrimination. Geneva: ILO; 2017.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Estimated HIV incidence and prevalence in the United States, 2015–2019. HIV Surveillance Supplemental Report. 2021;26(1) (<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-supplemental-report-vol-26-1.pdf>).
16. Dailey AF, Johnson AS, Wu B. HIV care outcomes among blacks with diagnosed HIV — United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66(4):97-103.
17. Hall HI, Byers RH, Ling Q, Espinoza L. Racial/ethnic and age disparities in HIV prevalence and disease progression among men who have sex with men in the United States. *Am J Public Health*. 2007;97(6):1060-6.
18. Oh DL, Sarafian F, Silvestre A, Brown T, Jacobson L, Badri S et al. Evaluation of adherence and factors affecting adherence to combination antiretroviral therapy among white, Hispanic, and black men in the MACS Cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;52(2):290-3.
19. Lyons SJ, Dailey AF, Yu C, Johnson AS. Care outcomes among black or African American persons with diagnosed HIV in rural, urban, and metropolitan statistical areas – 42 U.S. Jurisdictions, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(7):229-35.





خدمات فيروس نقص المناعة البشري: النجاحات والتحديات



أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ خفض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري لأقل من 370,000

■ التأكد من أن 95% من الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، ضمن جميع الفئات والفئات العمرية والبيئات الجغرافية ذات الصلة من الناحية الوبائية، لديهم إمكانية الوصول إلى واستخدام خيارات توليفة وسائل الوقاية الملائمة ذات الأولوية التي تركز على الأشخاص.

■ تفصيل نهج خاصة بتوليفة وسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري لتلبية الاحتياجات المتنوعة للمجموعات السكانية الرئيسية، بما في ذلك بين العاملين/العاملات في مجال الجنس، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن، وعابري/عابرات الجنس، والأشخاص الموجودين في السجون وغيرها من الأماكن المغلقة وجميع المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري.

■ خفض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين المراهقات والشابات إلى أقل من 50,000.

■ التأكد من توافر خدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى للأشخاص الأكثر عرضة لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وخدمات الوقاية بعد التعرض للأشخاص المعرضين مؤخراً لفيروس نقص المناعة البشري.

■ استخدام 95% من الأشخاص الموجودين في البيئات الإنسانية، المعرضين لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، لخيارات توليفة وسائل الوقاية المناسبة والفعالة وذات الأولوية والتي تركز على الناس.

صرف الميثادون للعلاج بدائل المواد الأفيونية في أحد المستشفيات بمنطقة بوتاو في ميانمار.

الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

01

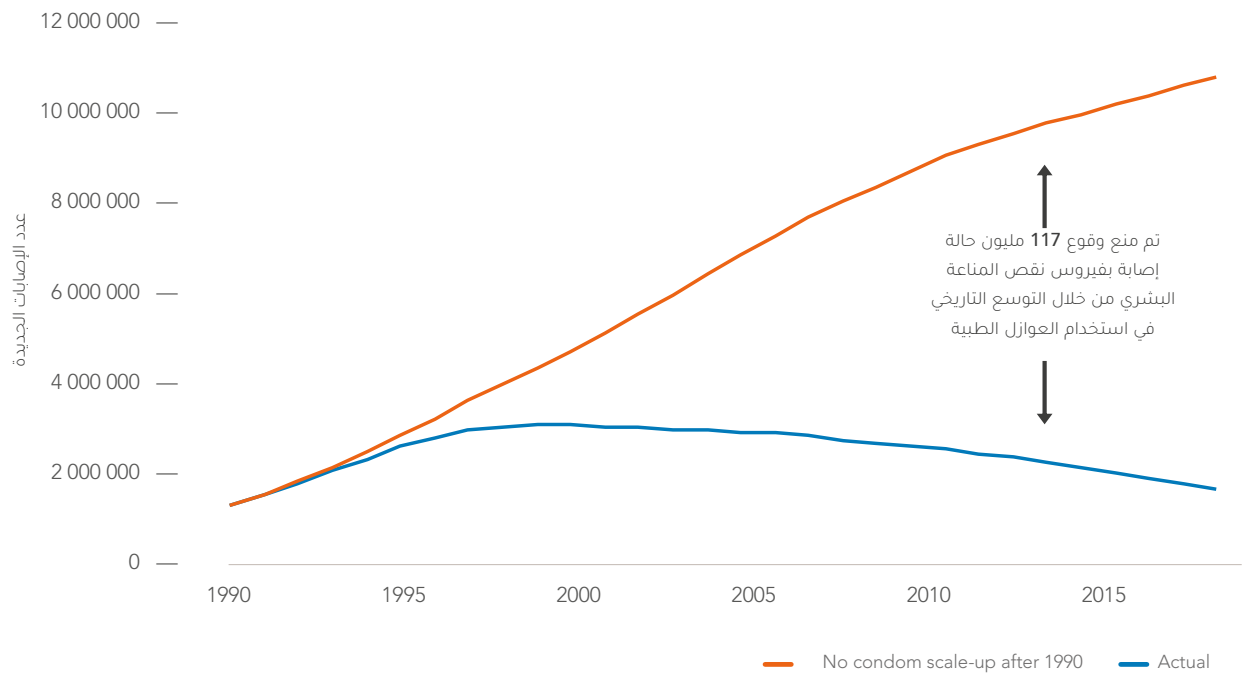
توليفة وسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري

أثبتت توليفة من خيارات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري المدعومة بالأدلة، والتي تهدف إلى تلبية احتياجات المجموعات السكانية الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالفيروس، فعاليتها في طائفة من البيئات الوبائية والثقافية. وتحقق البلدان التي توجد بها أوبئة وموارد متنوعة-مثل بوركينا فاسو وإسواتيني ونيبال وهولندا وتايلاند وفيتنام وزيمبابوي-نجاحات فيما يتعلق بالحد من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري. ويمكن تحقيق انخفاض كبير في الإصابات الجديدة من خلال حشد التزام سياسي قوي، والتغلب على الحواجز الهيكلية، وتوجيه الموارد بشكل استراتيجي حتى يكون لها أقصى تأثير، ودعم الأنشطة التي يقودها المجتمع المحلي ودمجها مع برامج الوقاية. ويكون تأثير هذه التدخلات عظيمًا عندما تُطبّق مجتمعة وعلى نطاق واسع. وتشير التقديرات إلى أن استخدام الواقي الذكري قد أدى إلى تجنب وقوع ما يزيد عن 100 مليون إصابة على مستوى العالم منذ عام 1990، في حين يساهم ختان الذكور الطبي الطوعي في تقليل معدلات الإصابة بالفيروس في العديد من البلدان ذات الأولوية في أفريقيا جنوب الصحراء (1-3). وعلى الرغم من أن الوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى لا يزال بعيدًا عن المستويات المنشودة، فإن التوسع في استخدام هذه الأداة الوقائية القوية يسرع من انخفاض معدلات الإصابة في المناطق الحضرية في كل من أستراليا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والولايات المتحدة الأمريكية. كذلك ساهم العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بشكل كبير في تقليل حالات الإصابة بين البالغين والأطفال على مدى العقدين الماضيين: فالعلاج المستمر يثبط فيروس نقص المناعة البشري داخل أجسام المتعايشين مع الفيروس، مما يجعل الفيروس غير قابل للاكتشاف ومن ثم تصبح العدوى غير قابلة للانتقال.

وقد ساعد التحالف العالمي للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في زيادة الاهتمام العالمي بالوقاية من الفيروس، حيث تبنت جميع البلدان الـ 28 التي يركز عليها التحالف أهدافًا وطنية طموح للوقاية من الفيروس. وتستند التزامات الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، في إطار الإعلان السياسي للأمم المتحدة لعام 2021 بشأن الإيدز، إلى جهود التحالف من أجل توفير الموارد على وجه السرعة وتكثيف وتوسيع تدخلات الوقاية الفعالة. وينص الإعلان على أن يتمكن 95% من الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالفيروس ضمن جميع الفئات المعنية من الناحية الوبائية والفئات العمرية والبيئات الجغرافية، من الوصول إلى خيارات توليفة وسائل الوقاية المناسبة والفعالة وذات الأولوية التي تركز على الفرد والانتفاع بها. كما يشير الإعلان إلى أن المجموعات السكانية الرئيسية معرضة بشكل كبير لخطر الإصابة بالفيروس، ويدعو إلى خفض معدلات الإصابة السنوية بالفيروس بين المراهقات والشابات إلى أقل من 50,000 بحلول عام 2025.

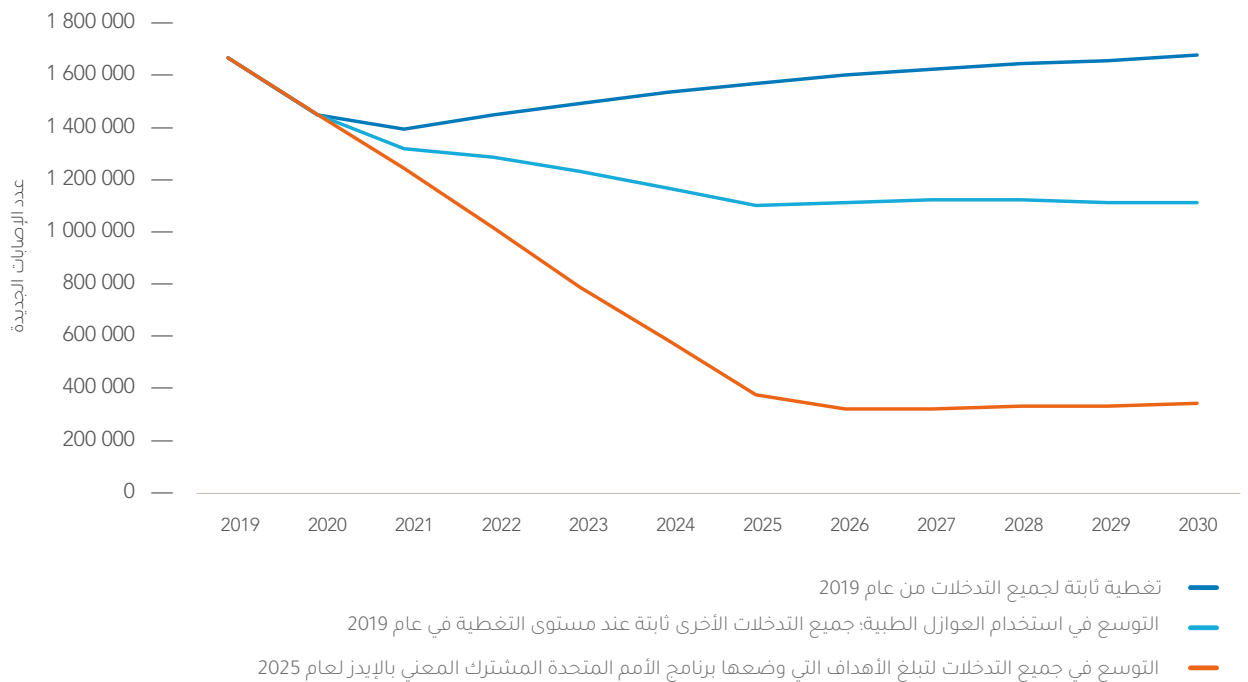
ومع ذلك، فإن العديد من البلدان لا تتبع هذا النهج على نطاق أو بكثافة كافية. وغالبًا ما تظل الحواجز المجتمعية-مثل القوانين العقابية-دون معالجة. ويعادل ارتفاع معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري في العديد من هذه البلدان الخفض الذي حققته البلدان عالية الأداء. ونتيجة لذلك، لم يحدث أي تغيير يُذكر في العدد السنوي للإصابات الجديدة بين البالغين على الصعيد العالمي في السنوات الأربع الماضية-وفي عام 2020. تراجع عدد الإصابات بنسبة لم تتجاوز 31% عما كان عليه العدد في عام 2010.

الشكل 1.1 | الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري مع زيادة استخدام العوازل الطبية وبدونها، عالميًا، 1990-2019



المصدر: Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic [version 1]. Gates Open Res. 2021;5:91. doi: 10.12688/gatesopenres.13278.1

الشكل 1.2 | تأثير استخدام العوازل الطبية على الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في المستقبل في ظل ثلاثة سيناريوهات عالمية، 2019-2030



المصدر: Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic [version 1]. Gates Open Res. 2021;5:91. doi: 10.12688/gatesopenres.13278.1

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

العوازل الطبية جزء مهم من توليفة وسائل الوقاية

توفر العوازل الطبية الذكرية والأنثوية والمُزَلِّقات حماية بالغة ضد فيروس نقص المناعة البشري والأمراض المنقولة جنسياً والحمل غير المقصود، إذا استُخدمت بشكل صحيح ومتسق. وقد كان لاستخدام العوازل الطبية تأثير هائل على جائحة الإيدز العالمية: تُظهر نماذج المحاكاة أن زيادة استخدام العوازل الطبية منذ عام 1990 قد نجح في تجنب وقوع ما يقدر بـ 117 مليون إصابة جديدة (الشكل 1.1)، ما يقرب من نصفهم (47%) في أفريقيا جنوب الصحراء وأكثر من ثلثهم (37%) في آسيا والمحيط الهادئ (1).

وتعد برامج الترويج لاستخدام العوازل الطبية من أكثر التدخلات فعالية من حيث التكلفة في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري (4). وبافتراض أن متوسط التكلفة يبلغ نحو 0.18 دولار أمريكي لكل عازل ذكري تم توزيعه، فإن تكلفة كل حالة إصابة تم تفادي وقوعها خلال الفترة 1990-2019 تقدر بنحو 230 دولار أمريكي (1). ولكن في السنوات الأخيرة، تراجعت برامج التسويق الاجتماعي للعوازل وأنشطة توليد الطلب عليها. كما تشير البيانات المستمدة من المسوح السكانية التي أجريت بعد عام 2015 إلى أن معدل استخدام العوازل الطبية الذكرية قد انخفض بين الشباب في العديد من البلدان في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء.

وقد ثبت أن الاستخدام المتسق للعوازل هو أمر يصعب تحقيقه، وإن كان ممكناً، بين كافة المجموعات السكانية في العديد من البلدان. فعلى سبيل المثال، تحتاج النساء إلى وكالة ودعم أكبر للتفاوض بشأن الاستخدام المتسق للعوازل. ومن ثم يتبين أن العوازل الطبية وحدها لا تكفي للسيطرة على أوبئة فيروس نقص المناعة البشري: فإذا زادت معدلات استخدام العوازل الطبية لتصل إلى النسبة المحددة لعام 2025 وهي 95% من الممارسات الجنسية عالية الخطورة، وظلت جميع التدخلات الوقائية الأخرى متوقفة عند مستويات تغطية عام 2019، سيحقق ثلث التخفيضات المطلوبة في حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (الشكل 1.2). لذا فإن تحقيق أهداف عام 2025 بالكامل يتطلب الجمع بين زيادة توافر العوازل الطبية واستخدامها إلى جانب مجموعة كاملة من خيارات الوقاية (1).

أدت زيادة معدلات استخدام العوازل
الطبية منذ تسعينيات القرن العشرين
إلى تجنب وقوع ما يقدر بنحو 117 مليون
إصابة جديدة.



حرمان النساء في كثير من الأحيان من الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية

تعد الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الأساس الذي تقوم عليه قدرة النساء والفتيات على الوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. وقد تعهدت الجمعية العامة للأمم المتحدة بضمان حصول 95% من النساء والفتيات في سن الإنجاب على احتياجاتهن الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية بحلول عام 2025. بيد أنه لم يقترب من بلوغ هذا الهدف سوى عدد قليل للغاية من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل (الشكل 1.4). وتشكل خدمات تنظيم الأسرة عنصراً مهماً من عناصر الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، لكن ثمة تباين كبير في مدى توافر هذه الخدمات. ففي 32 من البلدان التي تتوفر لديها بيانات عن الفترة بين عامي 2015 و2020، تراوحت نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاماً اللائي تمت تلبية احتياجاتهن لتنظيم الأسرة بالطرق الحديثة بين نحو 6% في ألبانيا و87% في كولومبيا.

وتختلف تلبية احتياجات تنظيم الأسرة باختلاف الخصائص الأساسية؛ إذ كانت فرص النساء في تلبية طلبهن على تنظيم الأسرة باستخدام الأساليب الحديثة أكثر إذا كن يعشن في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية (في 19 من أصل 32 بلداً)، أو إذا كن حاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى مقابل عدم الحصول على أي تعليم رسمي أو الحصول على التعليم الابتدائي فقط (في 21 من أصل 32 بلداً). وتميل هذه النسبة أيضاً إلى أن تكون أعلى بالنسبة للنساء الأكبر سناً مقارنة بالشابات، وللنساء اللائي ينتمين إلى الشرائح الخمسية الأغنى مقارنة بأقرانهن في الشرائح الخمسية الأفقر. وفي 17 من أصل 32 بلداً، لم يكن هذا التفاوت كبيراً جداً (>10%) أو لم يكن موجوداً على الإطلاق، لكنه كان واسعاً للغاية (<25%) في عدة بلدان أخرى (أنغولا، الكامبيرون، غينيا، مالي، نيجيريا، بابوا غينيا الجديدة وأوغندا).

تشكل خدمات تنظيم الأسرة عنصراً مهماً من عناصر الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، لكن ثمة تباين كبير في مدى توافر هذه الخدمات.

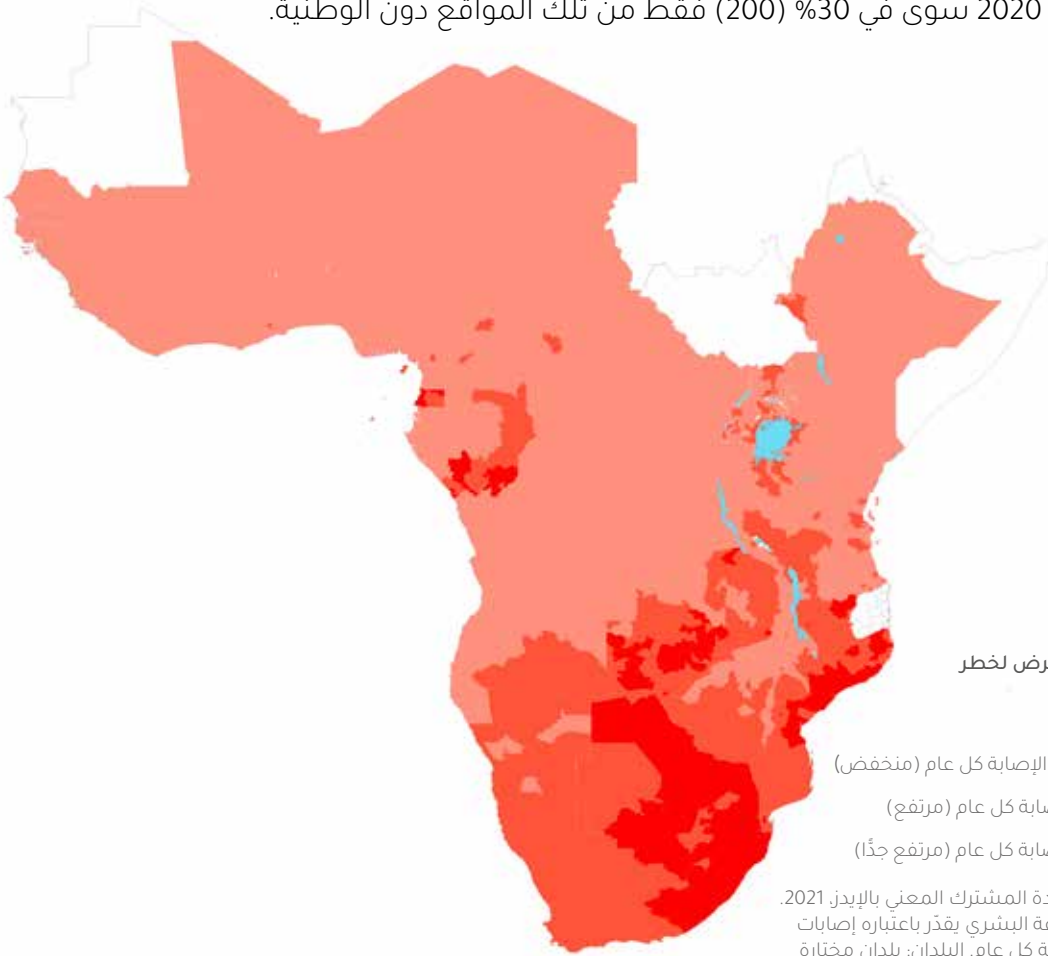
افتقار وقاية الفتيات المراهقات والشابات من فيروس نقص المناعة البشري إلى النطاق والتأثير

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

إن اللامساواة بين الجنسين المستندة إلى معايير جنسانية ضارة تؤدي إلى تقويض وصول المرأة إلى الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية. ففي عام 2020، بلغ عدد الإصابات بفيروس نقص المناعة البشري بين الفتيات المراهقات والشابات على مستوى العالم 260,000 [150,000-390,000] حالة، وهو معدل بعيد كل البُعد عن الهدف المحدد لعام 2025 والذي يبلغ 50,000 حالة. وقد وقع 83% من تلك الإصابات في منطقة جنوب الصحراء. أفريقيا، حيث تمثل الفتيات المراهقات والشابات (من 15 إلى 24 عامًا) 25% من مجموع حالات الإصابة، على الرغم من أنهن يمثلن 10% فقط من السكان.

وعلى الرغم من وجود العديد من مشاريع الوقاية الشاملة للمراهقات والشابات التي يجري تنفيذها من خلال شراكة "دريمز" المدعومة بخطة الرئيس الأمريكي الطارئة لإغاثة المصابين بالإيدز، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي)، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) والبرامج الوطنية مثل برنامج "هي تنتصر" (She Conquers) في جنوب إفريقيا، فلا تزال الاستجابة في الأماكن التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري تفتقر إلى النطاق والتأثير. ومن أصل 38 دولة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء لديها بيانات دون وطنية عن معدلات الإصابة بالفيروس، كان هناك 20 دولة بها 555 موقعًا دون وطني سُجِّلَت به معدلات إصابة مرتفعة أو مرتفعة جدًا أو مرتفعة بشدة (الشكل 1.3). ولم يتم تخصيص برامج لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري بين المراهقات والشابات في عام 2020 سوى في 30% (200) فقط من تلك المواقع دون الوطنية.

الشكل 1.3 | معدلات الإصابة
بفيروس نقص المناعة
البشري بين الفتيات
والنساء الشابات (من
سن 15 إلى 24 عامًا)، على
المستويات دون الوطنية،
إفريقيا جنوب الصحراء، 2020

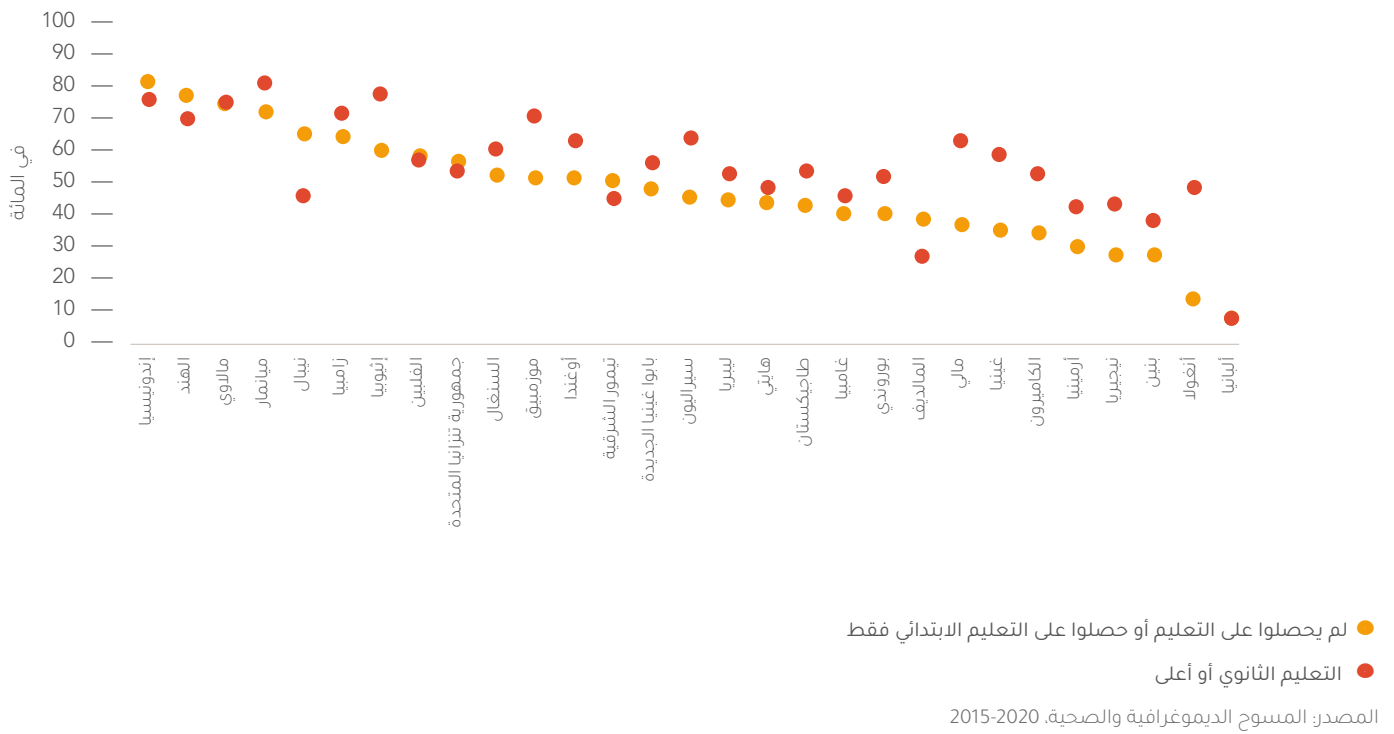


معدل وقوع الإصابات لكل 1000 شخص معرض لخطر
الإصابة كل عام
□ لا توجد بيانات

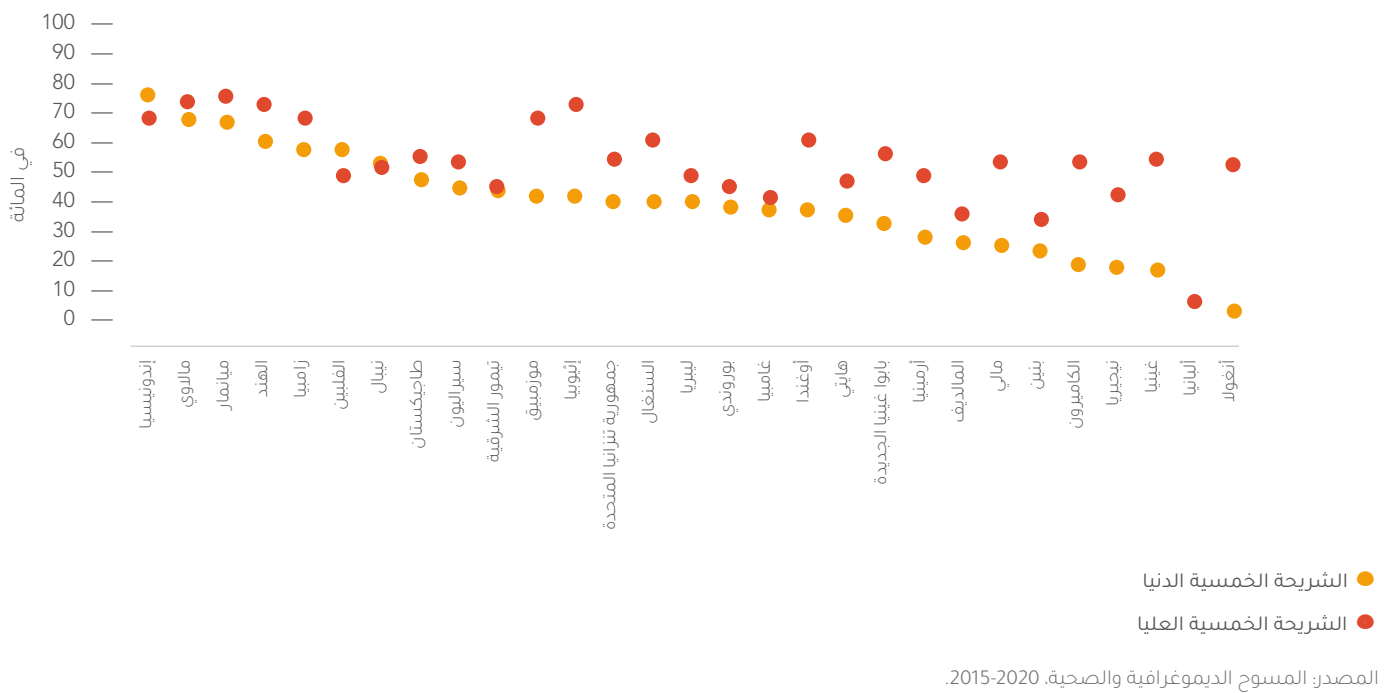
أقل من 3 لكل 1000 شخص معرض لخطر الإصابة كل عام (منخفض)
3-10 لكل 1000 شخص معرض لخطر الإصابة كل عام (مرتفع)
10-30 لكل 1000 شخص معرض لخطر الإصابة كل عام (مرتفع جدًا)

المصدر: التقديرات الويائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021. ملحوظة: معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري يقدر باعتباره إصابات جديدة لكل 1000 شخص معرض لخطر الإصابة كل عام. البلدان: بلدان مختارة في أفريقيا جنوب الصحراء لديها البيانات المطلوبة لعمل تقديرات لفيروس نقص المناعة البشري على المستوى دون الوطني.

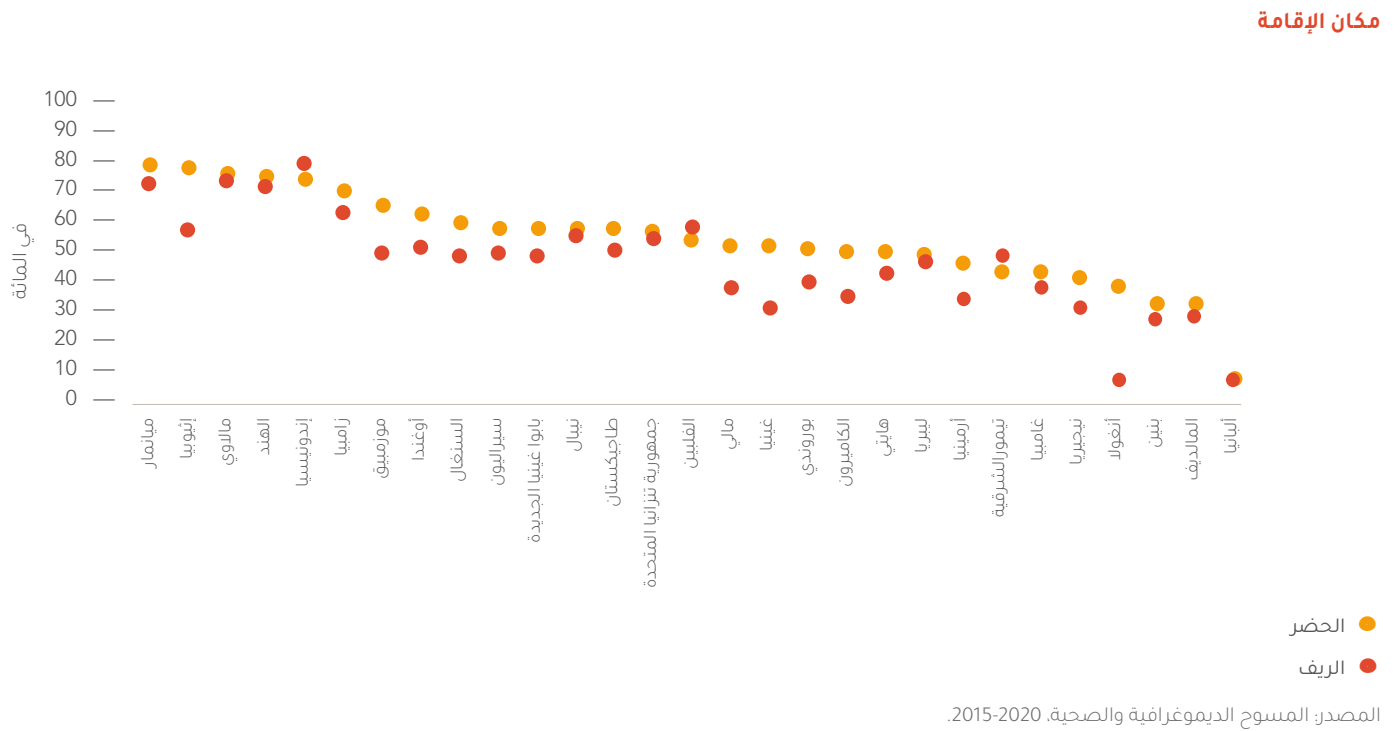
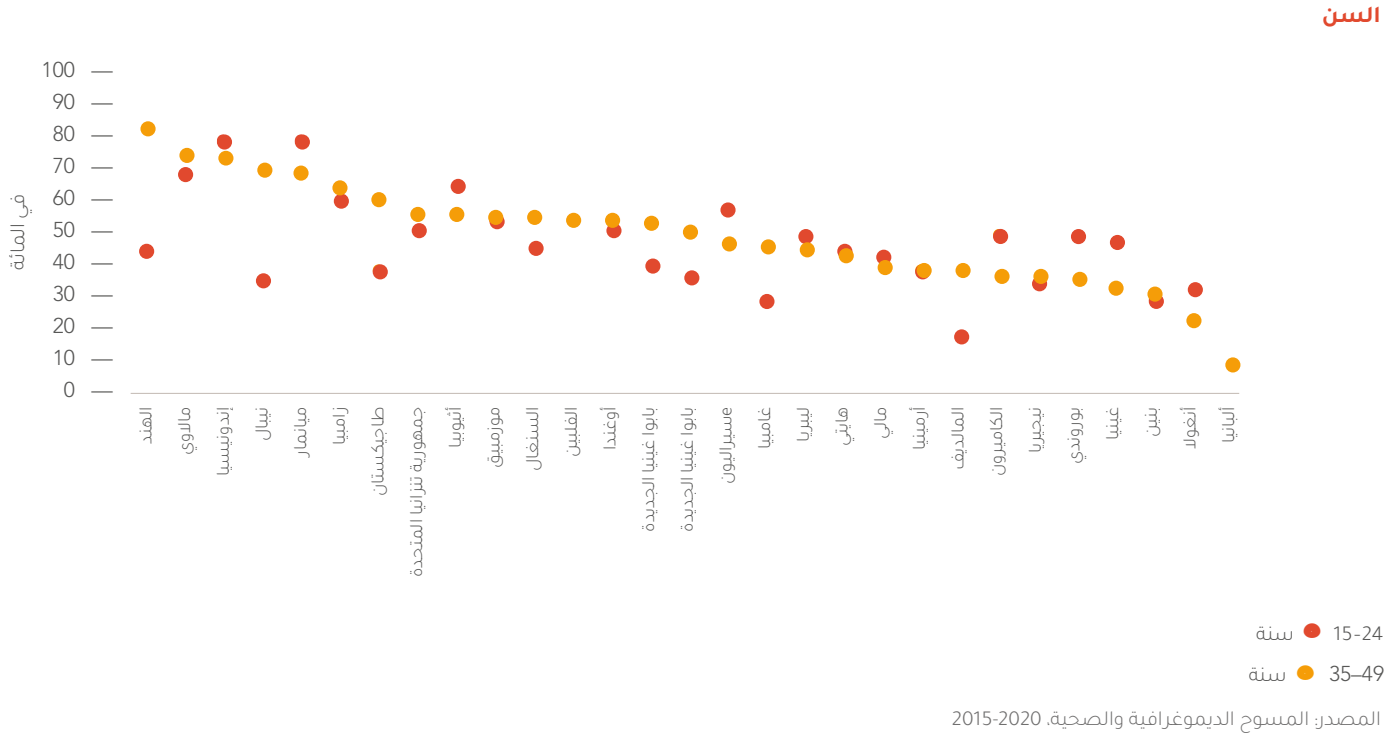
المستوى التعليمي



مستوى ثراء الأسرة المعيشية

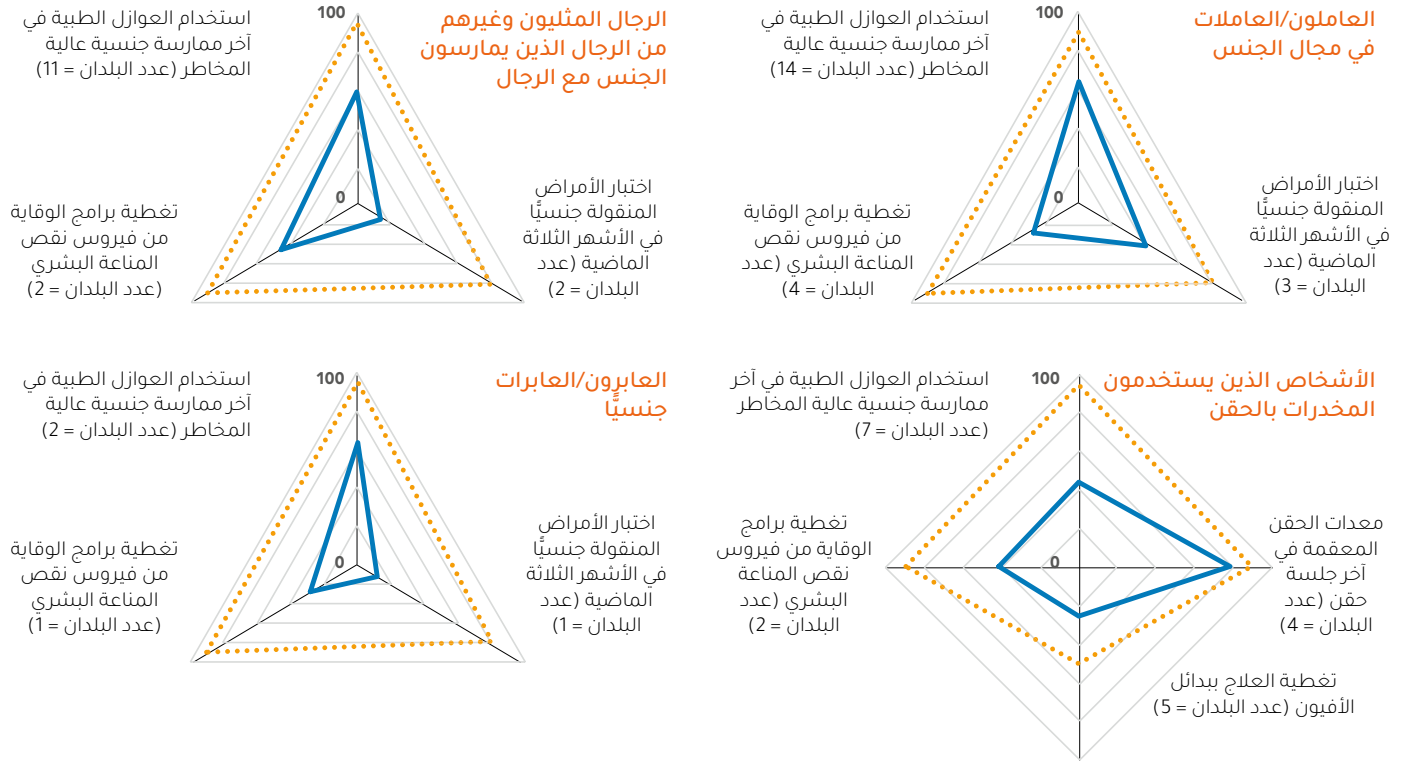


الشكل 1.4 | النساء (15-49 عامًا) اللواتي تمت تلبية طلبهن بشأن تنظيم الأسرة بأساليب حديثة، حسب السن، والمستوى التعليمي، ومحل الإقامة، والشريحة الخمسية، والبلدان التي لديها بيانات متاحة، 2015-2020

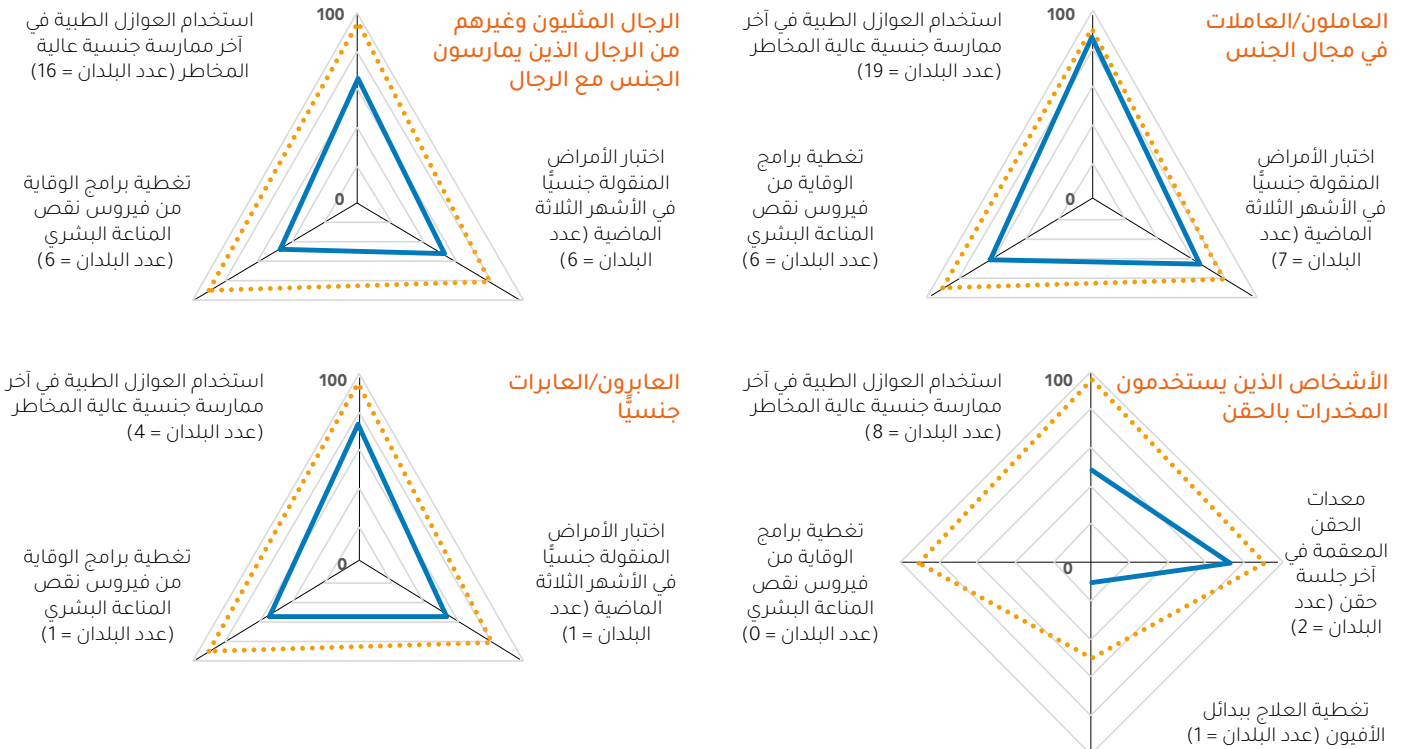


الشكل 1.5 | الفجوة المتبقية لتحقيق أهداف توليفة وسائل الحماية بين المجموعات السكانية الرئيسية، حسب التدخل، 2016-2020

شرق وجنوب أفريقيا



غرب ووسط أفريقيا



تغطية غير متكافئة لخيارات الوقاية للمجموعات السكانية الرئيسية

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

عبر البلدان والمناطق، يمكن الوصول إلى خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري المهمة للمجموعات السكانية الرئيسية بشكل غير متكافئ أو قد تكون تلك الخدمات منعدمة من الأساس. ونادرًا ما تُقدّم خدمات الحد من الضرر إلى الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن على نطاق ملموس. وعلى نحو مماثل، لا تزال تغطية برامج الوقاية للرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال منخفضة بشكل عام، بما في ذلك بين البلدان مرتفعة الدخل.

وتعد تغطية برامج الوقاية الموجهة للأشخاص عابري/عابرات الجنس هزيلة، باستثناء أمريكا اللاتينية، على الرغم من أن بلدانًا في آسيا والمحيط الهادئ وغرب ووسط إفريقيا وأوروبا الشرقية ووسط إفريقيا أفادت بتسجيل مستويات عالية نسبيًا (< 70%) لاستخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية الخطورة بين عابري/عابرات الجنس (الشكل 1.5).

وفي شرق وجنوب إفريقيا، لا تزال تغطية برامج الوقاية بين العاملين/العاملات في مجال الجنس ضعيفة، ولا يزال استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية الخطورة أقل من المستويات المطلوبة للحد بشكل كبير من انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشري أثناء ممارسة الجنس مقابل أجر. وتعد مستويات استخدام العوازل الطبية من قبل العاملين/العاملات في مجال الجنس أثناء ممارسة الجنس مقابل أجر أعلى بكثير في جميع المناطق الأخرى، باستثناء الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

وتميل مستويات استخدام العوازل الطبية ومعدات الحقن المعقمة إلى أن تؤخذ في الحسبان في المسوح التي تُجرى في الأماكن التي يجري فيها تنفيذ البرامج ذات الصلة. وتشير البيانات إلى أنه عندما يتم توفير برامج الوقاية للمجموعات السكانية الرئيسية على نطاق واسع، فإنها تعمل بشكل جيد نسبيًا. كما تحقق البرامج نتائج جيدة عندما تشارك المنظمات التي يقودها المجتمع عن كثب في تصميمها وتنفيذها، وعندما تكون القوانين والسياسات العقابية غير موجودة أو غير مطبقة.

وغالبًا ما لا يتم توفير خدمات فيروس نقص المناعة البشري للأشخاص الموجودين في السجون وغيرها من الأماكن المغلقة على الرغم من ارتفاع مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وغيره من الأمراض السارية. ومن بين البلدان التي أبلغت برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بين عامي 2017 و2021 فيما يتعلق بإتاحة الخدمات المختلفة من عدمها، أفادت 52 بلدًا من أصل 137 دولة مُبلّغة بأن العوازل الطبية والمُزلاقات متاحة للسجناء، وذكرت 32 بلدًا من أصل 140 مُبلّغة إن برامج العلاج ببدائل المواد الأفيونية قيد التشغيل في السجون، فيما أفادت 11 بلدًا فقط من أصل 141 بأن برامج الحقن الإبرية تُطبق داخل السجون.

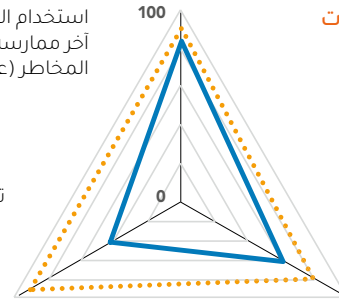
تحقق البرامج
نتائج جيدة
عندما تشارك
المنظمات التي
يقودها المجتمع
عن كثب في
تصميمها
وتنفيذها، وعندما
تكون القوانين
والسياسات
العقابية غير
موجودة أو غير
مطبقة.



البحر الكاريبي

العاملون/العاملات في مجال الجنس

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 7)

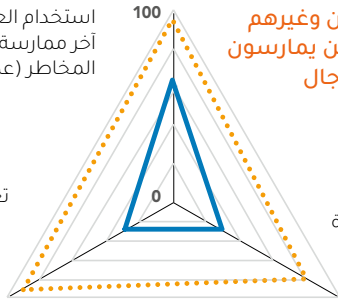


اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 2)

تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 3)

الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 7)

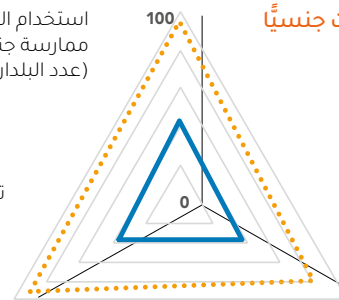


اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 4)

تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 4)

العابرون/العابرات جنسياً

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 2)



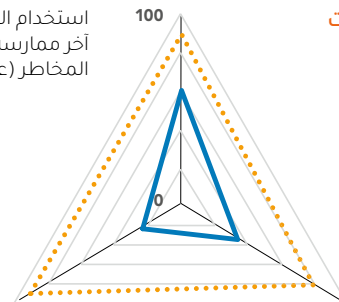
اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 1)

تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 1)

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

العاملون/العاملات في مجال الجنس

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 6)

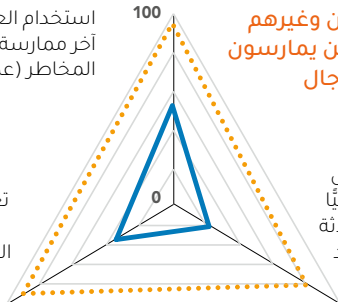


اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 4)

تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 4)

الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 4)

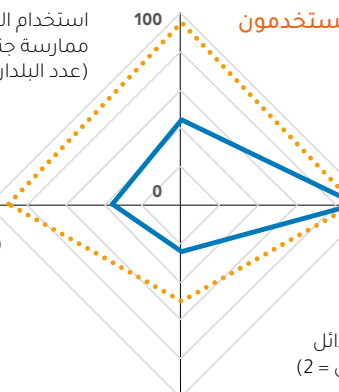


اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 3)

تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 2)

الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 3)

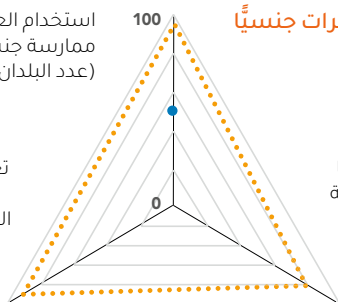


معدلات الحقن المعقمة في آخر جلسة حقن (عدد البلدان = 3)

تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 2)

العابرون/العابرات جنسياً

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 2)



اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 0)

تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 0)

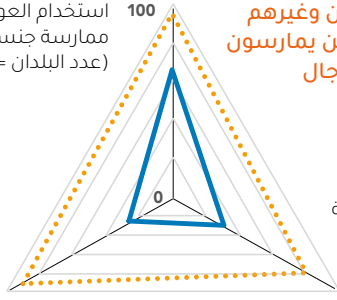
تغطية العلاج ببدائل الأفيون (عدد البلدان = 2)

آسيا والمحيط الهادئ

الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 14)

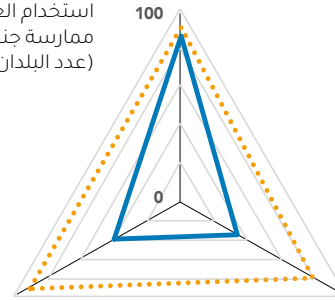
تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 13)



اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 14)

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 17)

تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 13)



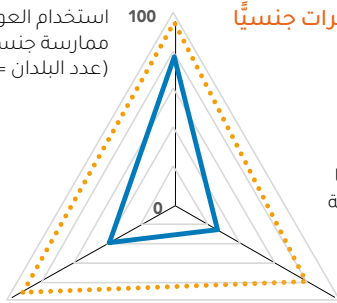
العاملون/العاملات في مجال الجنس

اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 11)

العابرون/العابرات جنسياً

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 11)

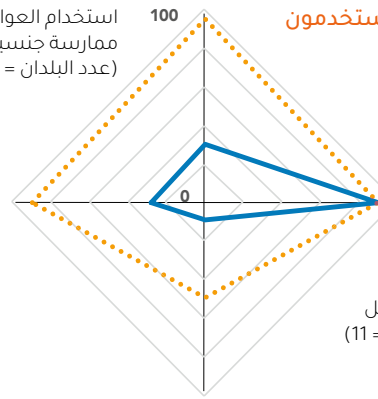
تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 9)



اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 8)

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 10)

تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 9)



معدات الحقن المعقمة في آخر جلسة حقن (عدد البلدان = 10)

تغطية العلاج ببدائل الأفيون (عدد البلدان = 11)

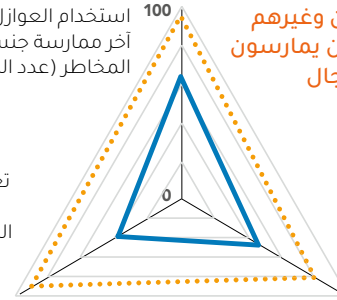
الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن

أمريكا اللاتينية

الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 13)

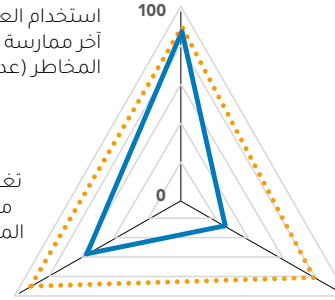
تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 7)



اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 8)

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 12)

تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 6)



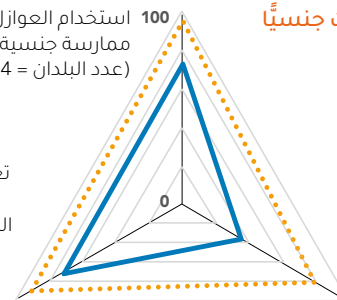
العاملون/العاملات في مجال الجنس

اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 7)

العابرون/العابرات جنسياً

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 14)

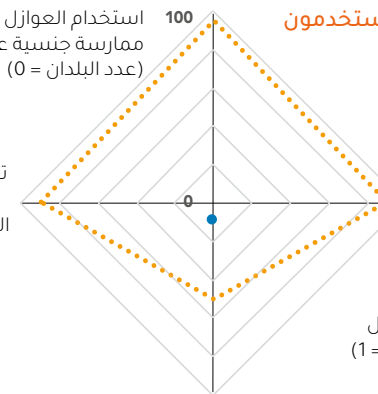
تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 6)



اختبار الأمراض المنقولة جنسياً في الأشهر الثلاثة الماضية (عدد البلدان = 6)

استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر (عدد البلدان = 0)

تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (عدد البلدان = 0)

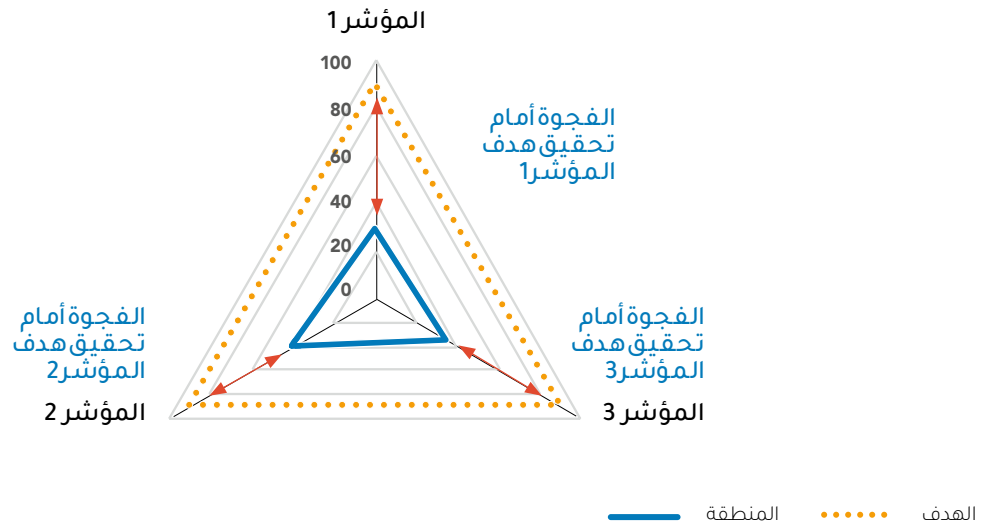


معدات الحقن المعقمة في آخر جلسة حقن (عدد البلدان = 0)

تغطية العلاج ببدائل الأفيون (عدد البلدان = 1)

الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن

كيف تقرأ هذا الرسم البياني



المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

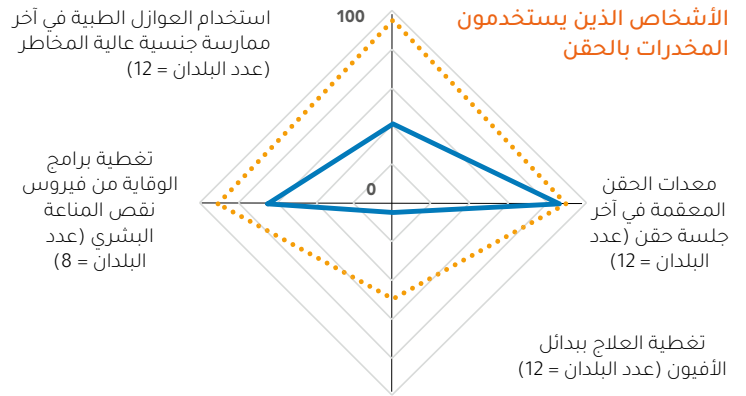
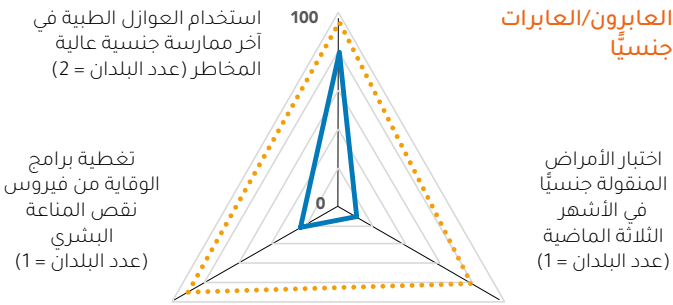
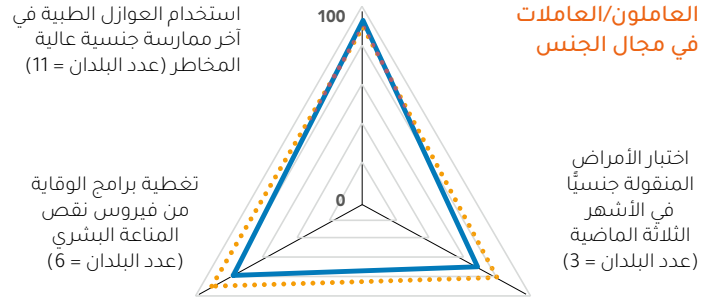
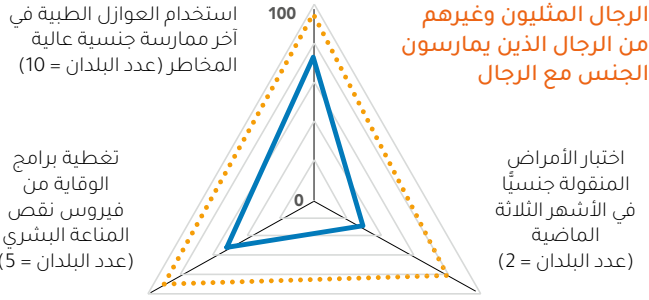
ملحوظة: تشير 'تغطية برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري' إلى المجموعات السكانية الرئيسية التي أفادت بتلقي خدمتين وقائيتين على الأقل في الأشهر الثلاثة الماضية، وتشمل خدمات الوقاية التي يمكن أن يكونوا حصلوا عليها: العوازل الطبية والمزلاقات والمشورة بشأن استخدام العوازل الطبية والجنس الآمن (جميع المجموعات السكانية الرئيسية)؛ واختبار الكشف عن الأمراض المنقولة جنسياً (العاملون/العاملات في مجال الجنس وعابرو/عابرات الجنس والرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال)؛ ومعدات الحقن المعقمة (الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن).

إن خدمات استخدام العوازل الطبية في آخر ممارسة جنسية عالية الخطورة بين الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن وعابري/عابرات الجنس، لا تأخذ في الاعتبار الأشخاص الذين يأخذون علاجاً وقائياً قبل التعرض للعدوى، مما قد لا يعكس الحجم الحقيقي للممارسات الجنسية المحمية.

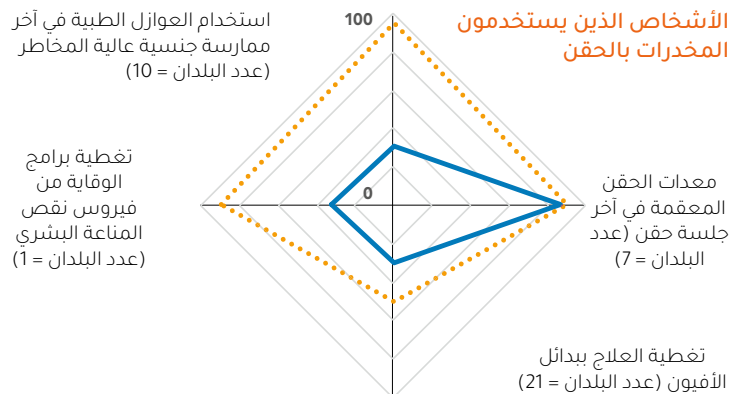
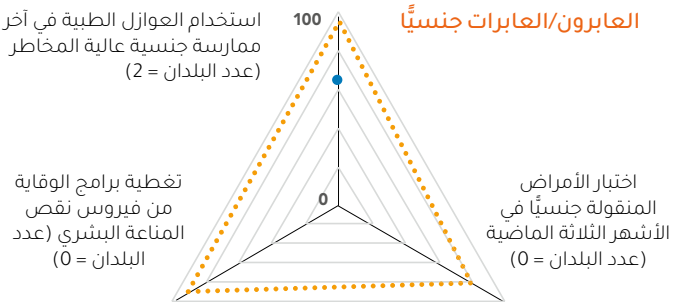
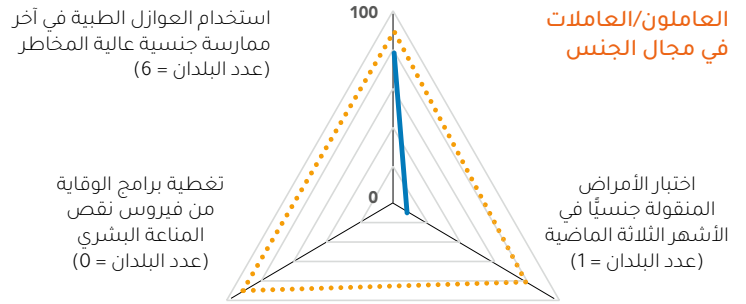
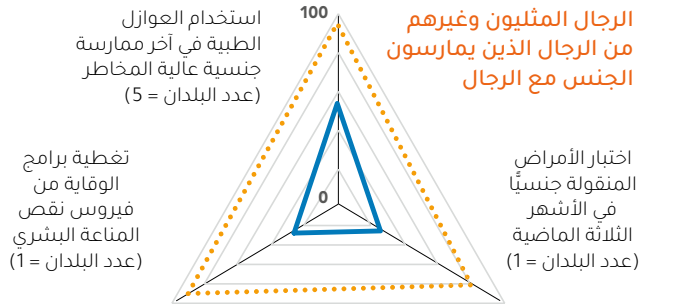
تأتي نسبة استخدام معدات الحقن المعقمة في المرة الأخيرة التي يحقن فيها الشخص بشكل أساسي من المسوح التي يتم إجراؤها عادةً في المناطق التي تتوفر فيها الخدمات، وبالتالي قد لا تكون ممثلة على المستوى الوطني.

لا تتوفر بيانات التغطية حول استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى من قبل المجموعات السكانية الرئيسية واستخدام العلاج المضاد للفيروسات القهقرية من قبل شركائهم، وبالتالي لا تظهر في الرسم البياني.

أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى



غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية



بيانات فيروس نقص المناعة البشري

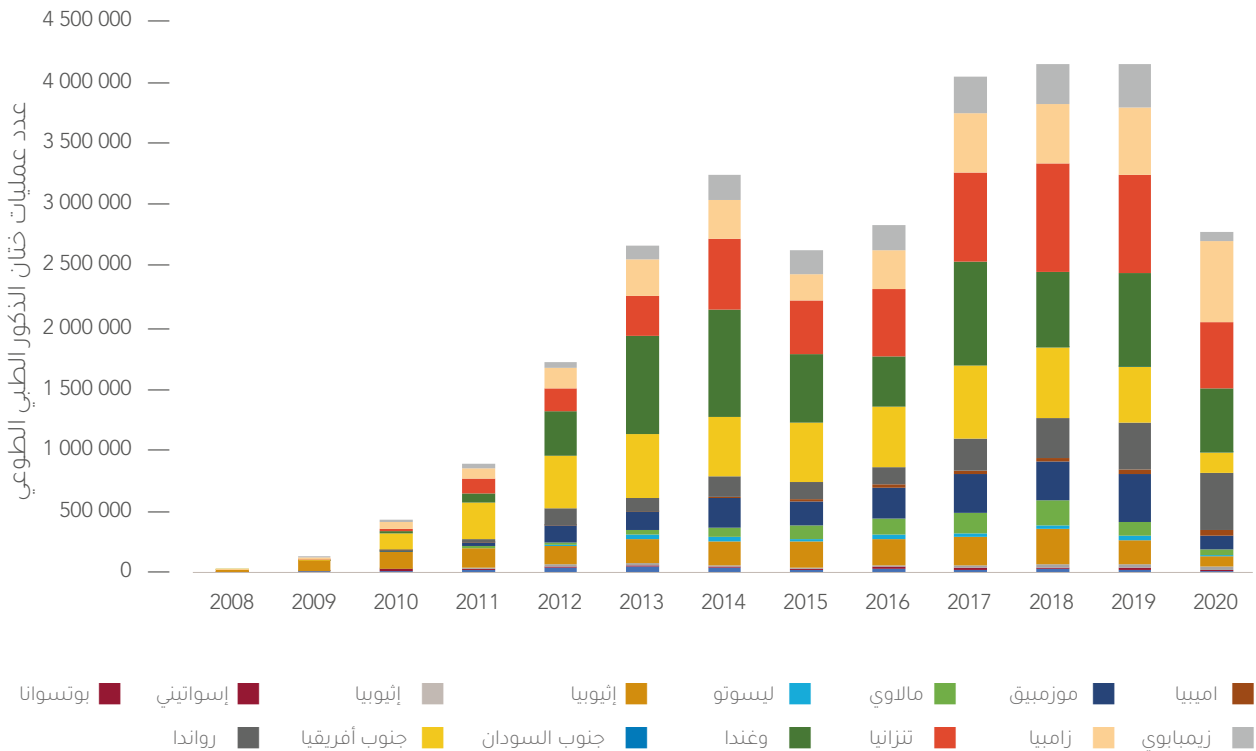
تعطّل ختان الذكور بسبب جائحة كوفيد-19، فعجز عن بلوغ الهدف المحدد لعام 2020

في المناطق التي ينتشر فيها فيروس نقص المناعة البشري وتنخفض فيه معدلات ختان الذكور، يمكن أن يساهم ختان الذكور الطبي الطوعي بشكل كبير في الوقاية من الفيروس. بيد أن ثقة تراجع حاد في عدد عمليات ختان الذكور الطبي الطوعي التي تم إجراؤها في 15 بلدًا ذات أولوية في عام 2020، ويرجع ذلك أساسًا إلى انقطاع الخدمة الناجم عن جائحة كوفيد-19؛ إذ أجري ما يقرب من 2,8 مليون عملية في عام 2020، مقابل 4,1 مليون عملية في عام 2019 (الشكل 1.7). وقد عُلقت عدة دول برامجها عندما تفشت الجائحة، بما في ذلك جنوب إفريقيا، حيث تراجعت تغطية الخدمات منذ عام 2018.

وعلى الرغم من ذلك، أثبتت البرامج في بعض البلدان أنها مرنة بما يكفي للتعافي بسرعة والتوسع خلال بقية عام 2020-لا سيما في رواندا وزامبيا، حيث زادت تغطية البرامج بنحو 15%. وفي هذه البلدان، تضمنت التعديلات من أجل الاستمرار الآمن لخدمات ختان الذكور الطبي الطوعي خلال جائحة كوفيد-19 إجراء تغييرات في الترويج وتوليد الطلب، ونقل العملاء، وإيتاء الخدمة في المرافق الصحية أو في المجتمعات المحلية، ومواعيد متابعة ما بعد العملية. كما تم، على سبيل المثال، توفير معدات الحماية الشخصية إلى العاملين في مجال التعبئة المجتمعية والعملاء والموظفين فيما يتعلق بختان الذكور الطبي الطوعي.

وقد أُجريت نحو 18 مليون عملية ختان طبي طوعي للذكور في الفترة 2016-2020، وهو ما يعد بعيدًا كل البعد عن الهدف المحدد لعام 2020 البالغ 25 مليون عملية (الشكل 1.8). وبالإضافة إلى جائحة كوفيد-19، كان اكتشاف حالات التيتانوس في أوغندا انتكاسة أخرى في عامي 2015 و2016، مما أدى إلى تقليص الأنشطة في ذلك البلد.

الشكل 1.7 | العدد السنوي لعمليات الختان الطبي الطوعي للذكور، 15 دولة ذات أولوية، شرق وجنوب أفريقيا، 2008-2020



المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021 (https://aidsinfo.unaids.org).

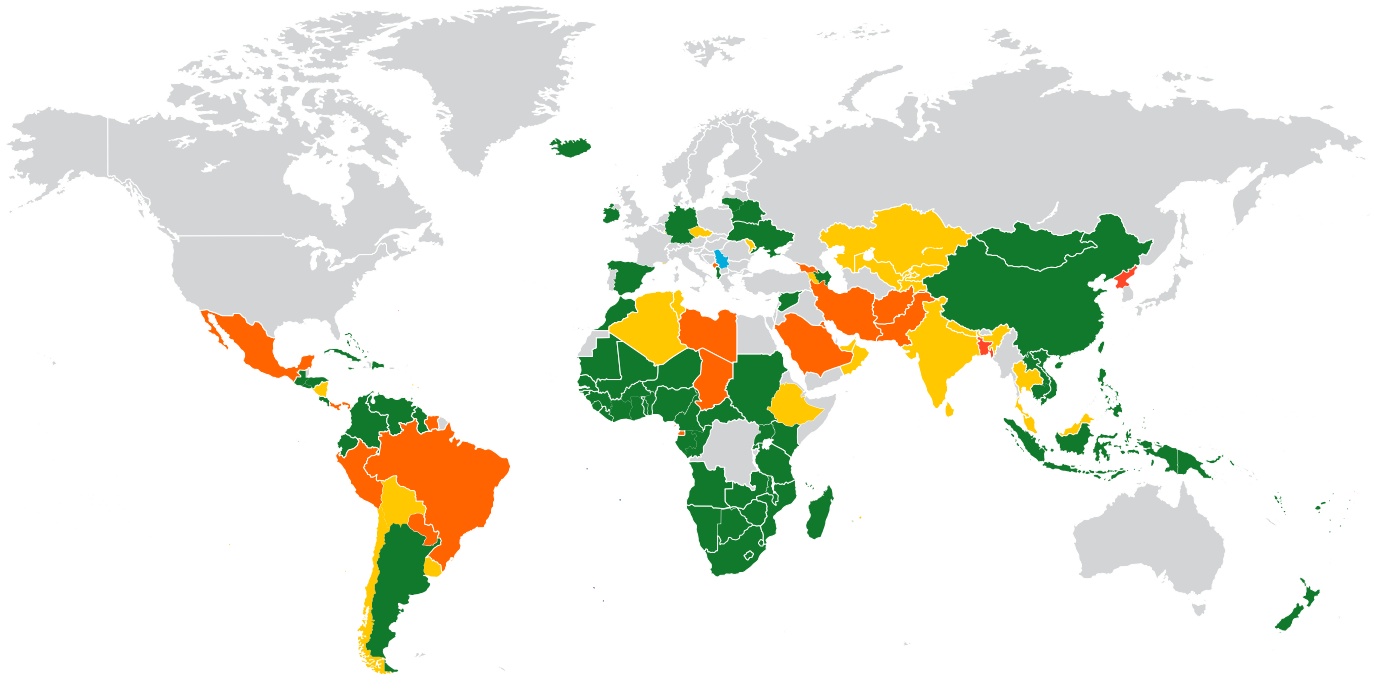
التثقيف الجنسي الشامل يسهم في تمكين الشباب

يلعب التثقيف الجنسي الشامل دورًا حيويًا في تعزيز الصحة والرفاهية ومهارات التفكير النقدي بين الشباب وفي تعميق المواطنة المسؤولة. وعندما يتعلق الأمر بالجنس والنشاط الجنسي، يكون الشباب عُرضة للتأثر بالأساطير والمعلومات المضللة. ومع ذلك، فإن الطلاب الذين يتم تثقيفهم جنسيًا على نحو شامل يصبحون قادرين على تحمل المسؤولية عن قراراتهم وسلوكياتهم، والطرق التي قد تؤثر بها أفعالهم على الآخرين: مما يساعدهم على اتخاذ خيارات جنسية صحية ويجهزهم بشكل أفضل لطلب المساعدة عند الحاجة.

ويعتبر التثقيف الجنسي الشامل التحويلي في قضايا النوع الاجتماعي وفقًا للفئة العمرية والثقافة- داخل المدرسة وخارجها-عنصرًا رئيسيًا في حماية المراهقين والشباب من فيروس نقص المناعة البشري والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. كما يلعب دورًا في منع العنف القائم على النوع الاجتماعي، وزيادة استخدام وسائل منع الحمل، وتقليل عدد الشركاء الجنسيين، وتأخير بدء الاتصال الجنسي. ومن أصل 137 بلدًا قدمت بيانات لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بين عامي 2017 و2021، أفادت 85 (63%) بلدًا أن لديها سياسات تعليمية يتم الاسترشاد بها في التثقيف القائم على المهارات الحياتية بشأن فيروس نقص المناعة البشري والتثقيف الجنسي وفقًا للمعايير الدولية في المدارس الابتدائية، فيما أفادت 111 (81%) بلدًا بوجود مثل هذه السياسات في المدارس الثانوية. وبشكل عام، أفادت 84 (62%) بلدًا بتطبيقها هذه السياسات على المدارس الابتدائية والثانوية (الشكل 1.6).

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

الشكل 1.6 | السياسات التعليمية التي توجّه التثقيف القائم على المهارات الحياتية فيما يتعلق بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشري وبالحياة الجنسية، وفقًا للمعايير الدولية، حسب البلد، 2017-2021



الابتدائي فقط
الثانوي فقط
الابتدائي والثانوي
لا توجد سياسات
لا توجد بيانات

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

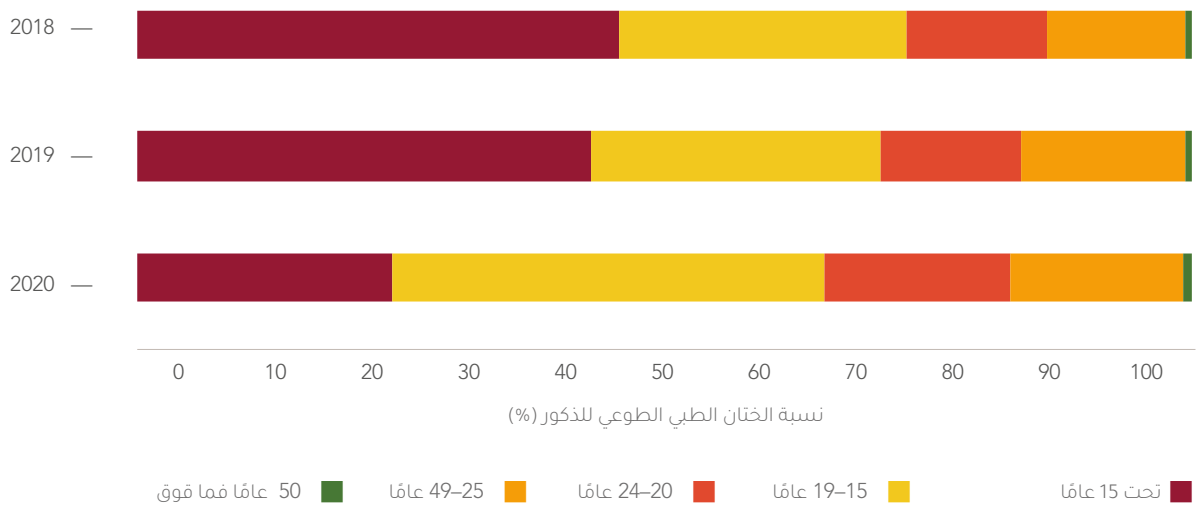
يجب أن ينصب
تركيز خدمات
ختان الذكور
الطبي الطوعي
على المراهقين
النشطين جنسياً
الذين يبلغ عمرهم
15 عامًا فما فوق
والرجال البالغين
الأكثر عرضة لخطر
الإصابة بفيروس
نقص المناعة
البشري

تزايد وصول خدمات ختان الذكور الطبي الطوعي إلى المراهقين والشباب

في المناطق التي تنخفض بها معدلات الختان ويرتفع فيها حمل فيروس نقص المناعة البشري، يجب أن ينصب تركيز خدمات ختان الذكور الطبي الطوعي على المراهقين النشطين جنسياً الذين يبلغ عمرهم 15 عامًا فما فوق والرجال البالغين الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالفيروس، من أجل إحداث تأثير فوري على معدلات الإصابة بالفيروس (5). وفي المناطق التي تكون بها معدلات الختان بين الرجال النشطين جنسياً مرتفعة بالفعل، يتعين التركيز على استمرار وتوسيع خدمات ختان الذكور الطبي الطوعي للأولاد المراهقين الذين تزيد أعمارهم عن 15 عامًا للحفاظ على نفس مستويات التغطية العالية وجني الفوائد الصحية للخدمات.

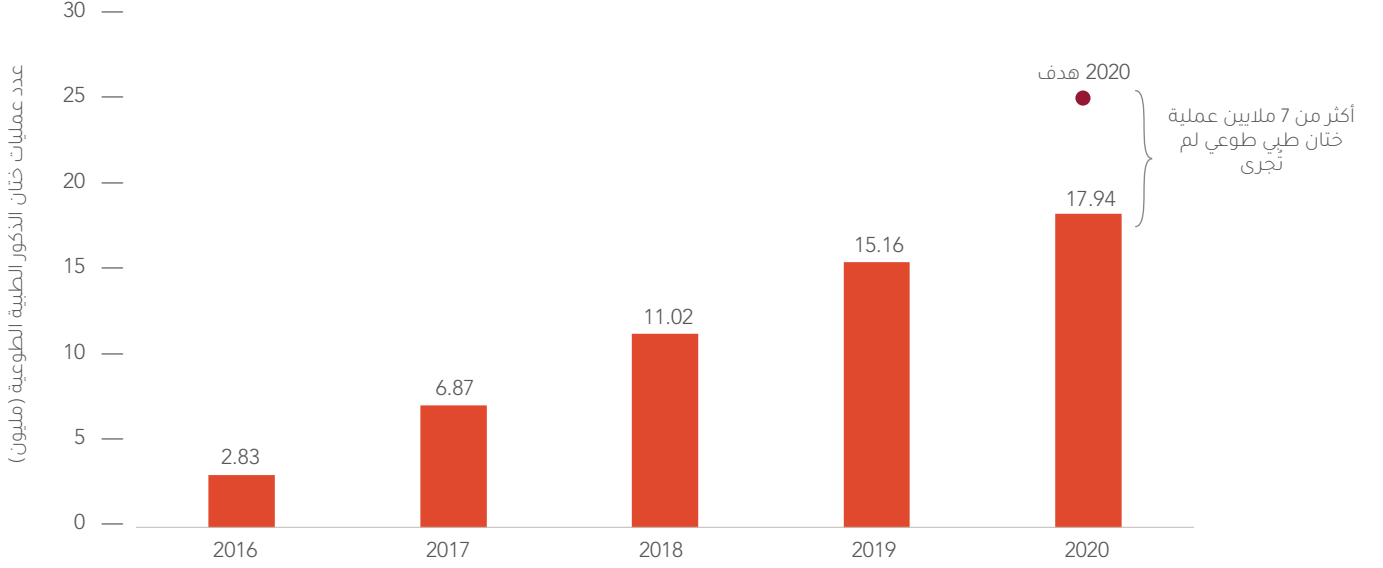
وتعمل العديد من البلدان ذات الأولوية على زيادة التركيز على تقديم خدمات ختان الذكور الطبي الطوعي للشباب، بما يتماشى مع التوصيات الواردة في إرشادات منظمة الصحة العالمية لعام 2020 في هذا الصدد (5). وقد أدى ذلك إلى حدوث زيادة مطردة في نسبة العمليات التي تُجرى للشباب في سن 15 فأكثر في العديد من البلدان، ولكن في عدد من البلدان الأخرى-مثل إيسواتيني وليسوتو وموزمبيق وزيمبابوي-كان 30% على الأقل من عمليات ختان الذكور الطبي الطوعي في عام 2020 بين الذكور الذين تقل أعمارهم عن 15 عامًا (الشكل 1.9).

الشكل 1.9 | نسبة الختان الطبي الطوعي للذكور، حسب الفئة العمرية، 10 بلدان لديها بيانات متاحة، 2018-2020



المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. (2021. <https://aidsinfo.unaids.org>). ملحوظة: البلدان التي لديها بيانات متاحة هي: بوتسوانا، سوازيلاند، كينيا، ليسوتو، موزمبيق، رواندا، جنوب السودان، جمهورية تنزانيا المتحدة، زامبيا، زيمبابوي.

الشكل 1.8 | العدد التراكمي لعمليات الختان الطبي الطوعي للذكور نحو بلوغ هدف عام 2020، 15 دولة ذات أولوية، شرق وجنوب أفريقيا، 2016-2020، أهداف عام 2020

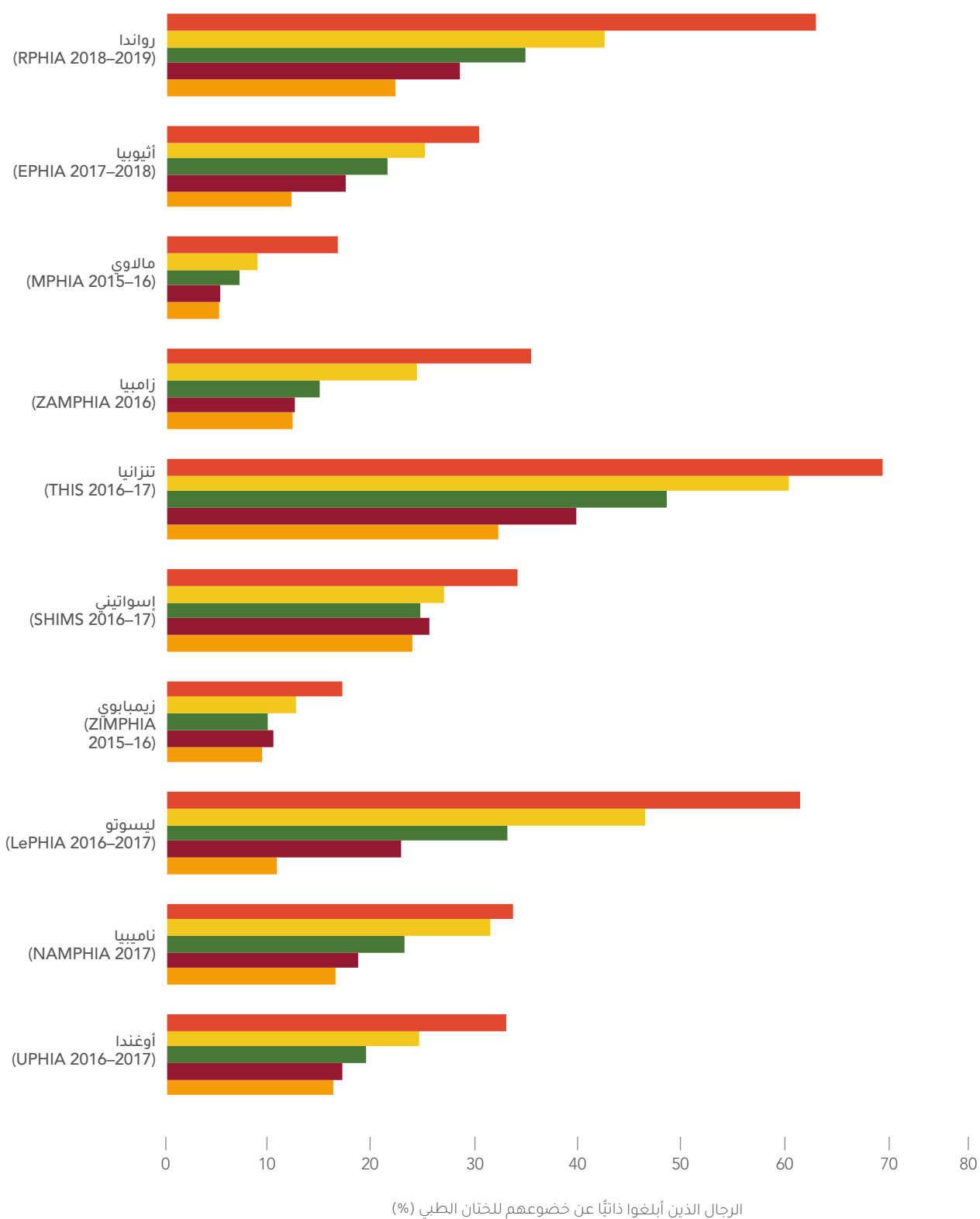


المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. (https://aidsinfo.org/unaid.org).
ملحوظة: البلدان الخمسة عشر ذات الأولوية هي: بوتسوانا وإسواتيني وإثيوبيا وكينيا ولسوتو ومالاوي وموزمبيق وناميبيا ورواندا وجنوب إفريقيا وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا وزيمبابوي



قياس ضغط الدم لأحد الرجال قبل خضوعه لعملية الختان الطبي الطوعي بالقرب من براكفونتين، ليسوتو.
الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

الشكل 1.10 | عمليات الختان الطبي المبلغ عنها ذاتيًا بين الرجال الذين يبلغ عمرهم 15 عامًا وما فوق، حسب ثروة الأسرة المعيشية، والبلدان ذات الأولوية التي تتوفر بيانات عنها، 2015-2019



الشريحة الخامسة (الدنيا) الشريحة الخامسة (الثانية) الشريحة الخامسة (الوسطى) الشريحة الخامسة (الرابعة) الشريحة الخامسة (العليا)

المصدر: تقييمات أثر فيروس نقص المناعة البشري المرتكزة على السكان، 2019-2015

خدمات الختان الطبي الطوعي للذكور غالباً ما تصل إلى الرجال في الطبقات الأغنى

يبدو أن معدلات الانتفاع بخدمات ختان الذكور الطبي الطوعي في معظم البلدان ذات الأولوية مرتبطة بمدى ثراء الأسرة. ففي 10 من البلدان التي تتوفر عنها بيانات مسحية، كان الرجال الذين ينتمون إلى الشرائح الخمسية الأفقر أقل عرضة للإبلاغ عن الخضوع للعملية مقارنة بأولئك الذين ينتمون إلى الشرائح الخمسية الأغنى (الشكل 1.10). ويشير ذلك إلى أن البرامج في هذه البلدان قد لا تصل إلى الرجال ذوي الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدني، وكثير منهم يقيمون في المناطق الريفية أو يعملون في قطاعات الاقتصاد غير الرسمية. وتعمل معظم البرامج الحالية في المناطق الحضرية، وغالباً ما تركز على أماكن العمل والمنشآت التعليمية.

بيانات فيروس نقص المناعة البشري



الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

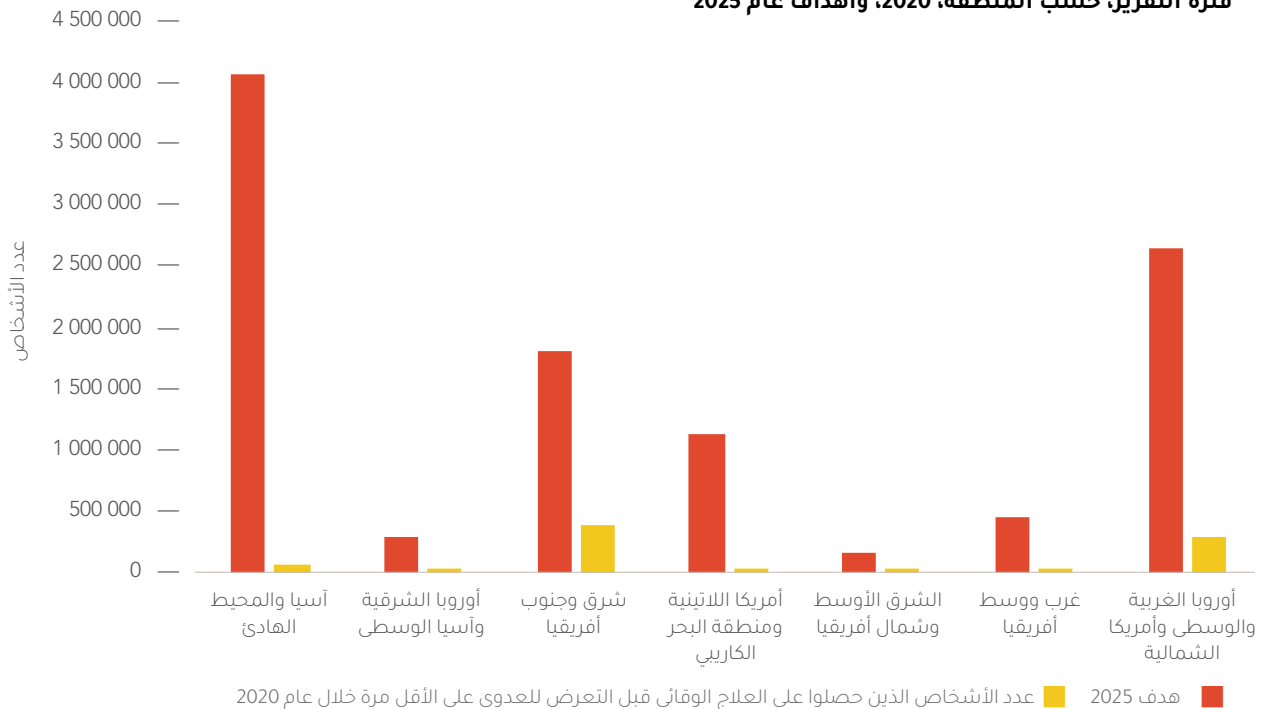
تقل احتمالات إبلاغ الرجال المنتمين إلى الشرائح الخمسية الأفقر عن خضوعهم لعمليات ختان الذكور الطبي الطوعي عن أولئك ذوي الدخل المرتفع.

مجموع الأشخاص الذين تلقوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في عام 2020 لم يتجاوز 8% من الهدف العالمي الجديد لعام 2025.

يجب أن تكون النظم الصحية مواتية للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، بحيث توفر المعلومات وتكفل الوصول إليه عندما يقرر الناس اتباعه كطريقة وقائية. وبالإضافة إلى العيادات، سيكون من المهم تقديم خدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى خارج المرافق الصحية بما في ذلك عن طريق استخدام الخيارات الافتراضية لتلقي العلاج، وإعادة التهيئة وتسجيل الوصول -وعن طريق اعتماد اللامركزية في صرف العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى من خلال التوصيل المجتمعي وصرف العلاج لعدة أشهر قدر الإمكان.

تُظهر تقارير السياسات الخاصة بالعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى أن 82 من أصل 132 بلدًا من البلدان التي تتوافر بيانات بشأنها بين عامي 2017 و2021، أفادت بتطوير مبادئ توجيهية للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى. وقد تبين من البلدان التي تطبق المبادئ التوجيهية أن الكوادر التالية تملك سلطة وصف العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى: الأطباء في 68 بلدًا، وموظفو الشؤون السريرية في 28 بلدًا، والممرضات في 21 بلدًا، والصيدلة في 5 بلدان. كما تبين من تلك البلدان التي لديها مبادئ توجيهية مطبقة أن العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى يتم توفيره للمجموعات التالية: الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال في 67 بلدًا، والعاملين/العاملات في مجال الجنس في 57 بلدًا، والأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن في 38 بلدًا، وعابري/عابرات الجنس في 48 بلدًا، والأزواج غير متوافقي المصل في 64 بلدًا، والنساء الشابات (اللاتي تتراوح أعمارهن بين 18 و24 عامًا) في 15 بلدًا، والمراهقات (17 عامًا فأقل) في 11 بلدًا، والسجينات في 12 بلدًا، والأشخاص الذين يعانون من عوامل خطر بخلاف انتمائهم لأي من المجموعات السكانية المذكورة أعلاه في 18 بلدًا. وفي عام 2021، أبلغت 27 بلدًا برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بقيامها بتحديث المبادئ التوجيهية بشأن العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى الخاصة بها لتشمل خيار العلاج الوقائي عند الاقتضاء للمثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال، بما يتماشى مع توصيات منظمة الصحة العالمية.

الشكل 1.12 | عدد الأشخاص الذين تلقوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على الأقل مرة واحدة خلال فترة التقرير، حسب المنطقة، 2020، وأهداف عام 2025



المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) : تحديثات قُطرية، في: PrEPWatch [الإنترنت]. تحالف مناصرة لقاح الإيدز، 2020 (<https://www.prepwatch.org/in-practice/country-updates>) : والوثائق القطرية وتقارير الاجتماعات (متوفرة عند الطلب).

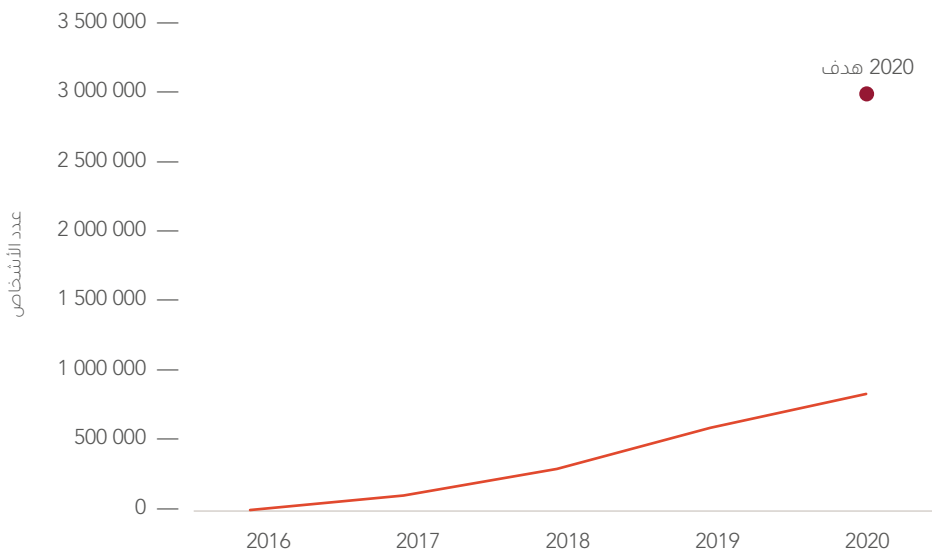
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

هناك توسّع في استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، لكن ليس بالسرعة الكافية

مر ما يزيد عن عقد من الزمن على صدور أول دليل على فعالية تناول العلاج الوقائي الفموي يوميًا قبل التعرض للعدوى. ويعد العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى الآن خيارًا إضافيًا قيّمًا للأشخاص الأكثر عرضة لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، واستمر العالم في تطبيقه على الرغم من جائحة كوفيد-19: وتشير البيانات القطرية إلى أن ما يقرب من 845,000 شخص في 54 بلدًا على الأقل قد تلقوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في عام 2020 بزيادة قدرها 43% منذ عام 2019. وزيادة بنسبة 182% منذ عام 2018 (الشكل 1.11). ولا تزال أغلب التوسعات في تطبيق العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى تتركز بشكل كبير في عدد صغير نسبيًا من البلدان، لا سيما الولايات المتحدة الأمريكية وفي شرق وجنوب إفريقيا، حيث شكّلت كينيا وجنوب إفريقيا 158,630 (19%) من الأشخاص الذين تلقوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى مرة واحدة على الأقل خلال عام 2020 في المنطقة.

ولكن لا تزال هناك فجوات كبيرة في توافر العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى: إذ إن مجموع الأشخاص الذين استخدموا هذا الخيار الوقائي في عام 2020 لم تتجاوز نسبته 28% من الهدف البالغ 3 ملايين في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، وهو ما يمثل 8% فقط من الهدف العالمي الجديد لعام 2025. ولا يزال الوصول ضعيفًا في كثير من مناطق غرب ووسط إفريقيا وآسيا والمحيط الهادئ (الشكل 1.12). كما أن 20 من أصل 48 بلدًا في أوروبا مازالت حتى عام 2020 ينقصها توفير العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على نحو منهجي (6). حتى في البلدان التي يتوفر فيها العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على نطاق واسع، مثل الولايات المتحدة الأمريكية، تتجلى فيها أوجه اللامساواة في المعدلات المتباينة للحصول على العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على طول الخطوط العرقية والإثنية والاجتماعية والاقتصادية والجغرافية والعمرية والهوية الذاتية (7).

الشكل 1.11 | عدد الأشخاص الذين تلقوا العلاج الوقائي المسبق للتعرض للعدوى على الأقل مرة واحدة خلال فترة التقرير، على مستوى العالم، 2016-2020، هدف عام 2020



المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2017-2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>)؛ تحديثات قطرية، في: PrEPWatch [الإنترنت]. تحالف مناصرة لقاح الإيدز؛ 2020 (<https://www.prepwatch.org/in-practice/country-updates>)؛ والوثائق القطرية وتقارير الاجتماعات (متوفرة عند الطلب).

¡DECÍMELO A MÍ!

Derechos sexuales en Lengua de Señas



FARST

REALIDAD
AUMENTADA
INTERACTIVA



Las personas Sordas también tenemos Derechos Sexuales. Informate en:
<https://comosedice2016.wordpress.com/>



es un proyecto de:



Con el apoyo de:



دراسة حالة

الانتقال بالثقيف الجنسي إلى ما وراء الفصول الدراسية

كلما نضج المراهقون، صارت حياتهم أكثر تعقيداً- لكن المعلومات التي يحتاجون إليها للتنقل بأمان في المجتمع قد يكون من الصعب العثور عليها، خاصة عندما يتعلق الأمر بالجنس والنشاط الجنسي.

وعندما يكون الثقيف الجنسي الشامل متاحاً ودقيقاً، فإنه يساعد المراهقين على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن صحتهم وحياتهم الجنسية ورفاههم العام. كما أنه يزودهم بالمعرفة حول الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري وغيره من الأمراض المنقولة جنسياً والتعامل معها (8). وقد أفاد ثلثا البلدان التي قدمت بيانات في 2016-2019 تفيد بأن ما بين 76% و100% من مدارسها الابتدائية والثانوية توفر الثقيف الجنسي (9).

وربما كانت هذه النتائج ترسم صورة مفروطة في التفاؤل، لأن بيانات التغطية لا تتناول السؤال المعقد المتمثل في جودة المناهج الدراسية وتقديمها (9). ومن الصعب بشكل خاص تقديم تربية جنسية موثوقة وعالية الجودة للمراهقين الذين تم دفعهم إلى هامش المجتمع، مثل ذوي الإعاقة.

وفي إثيوبيا، لا تعد أنشطة الثقيف الجنسي الشامل للشباب ذوي الإعاقة شاغلاً هامشياً؛ تظهر البيانات المسحية أن ما يقرب من 7,8 مليون شخص في إثيوبيا يُقدر أنهم متعايشون مع شكل من أشكال الإعاقة، وهو ما يمثل 9,3% من مجموع سكان البلاد. ونحو 30% من جميع الأشخاص ذوي الإعاقة هم من الأطفال والشباب الذين تقل أعمارهم عن 25 عاماً (11). وقد أدت المفاهيم الخاطئة حول احتياجات الشباب الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية، والوصم والتمييز المعمم، وندرة التمويل وتعذر الوصول إلى الخدمات، إلى وضعهم هؤلاء الشباب في وضع غير مواتٍ.

وتتزايد الجهود المبدولة للتغلب على هذه التحديات؛ إذ يقدم المركز الإثيوبي للإعاقة والتنمية جلسات ثقيف جنسي شاملة للشباب ذوي الإعاقة غير الملتحقين بمدارس في مدن أديس أبابا وواهر دار وهواسا. وفي كل مدينة، تم تدريب 20 من الأخصائيين الاجتماعيين والممرضات والممرضين لتسجيل الشباب ذوي الإعاقة غير الملتحقين بمدارس؛ حيث قاموا بتحديد ما يقرب من 2000 شاب من خلال الزيارات المنزلية. كما دعم صندوق الأمم المتحدة للسكان التدريب على قضايا الصحة الإنجابية لـ 12 من الميسرين الأقران من منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة والمجموعات التي يقودها الشباب.

شمل الميسرون 37 مُعلماً للغة الإشارة مدرّبين على تسليم حزمة iCAN لضعاف السمع. وقد أضاف البرنامج مؤخراً بعض العناصر حول كيفية بقاء الشباب في مأمن من كوفيد-19، ويشمل ذلك توفير مواد الإصحاح والنظافة الأساسية والمطهرات. كما تُعقد جلسات iCAN حالياً في مجموعات أصغر (10 مشاركين) مما كان مخططاً له في الأصل من أجل تقليل مخاطر انتقال كوفيد-19.



ملصقات للتوعية بالصحة
الجنسية والإنجابية وحقوق
الشباب ضعاف السمع في
أوروغواي.
الصورة: معهد البلدان الأمريكية
للإعاقة والتنمية الشاملة

الجنسية والإنجابية للشباب ذوي الإعاقة
وُنُت على مدى خمسة أسابيع. وُزعت
كتيبات توضح بالتفصيل الأماكن التي يمكن
للشباب ذوي الإعاقة الحصول فيها على
خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

وفي مالاي، وصل برنامج التثقيف الجنسي
الشامل خارج نطاق المدرسة إلى 6300
شاباً متعايشاً مع فيروس نقص المناعة
البشري وما يقرب من 1900 شاباً من ذوي
الإعاقة في الفترة 2019-2020 من خلال اتباع
نهج قائم على الأقران يشمل 86 ميسراً
شاباً من الشباب المدربين. كما نُفذ برنامج
iCAN في ست مقاطعات، وهو حزمة
للتثقيف الجنسي الشامل طورها صندوق
الأمم المتحدة للسكان خصيصاً للشباب
المتعايشين مع فيروس نقص المناعة
البشري

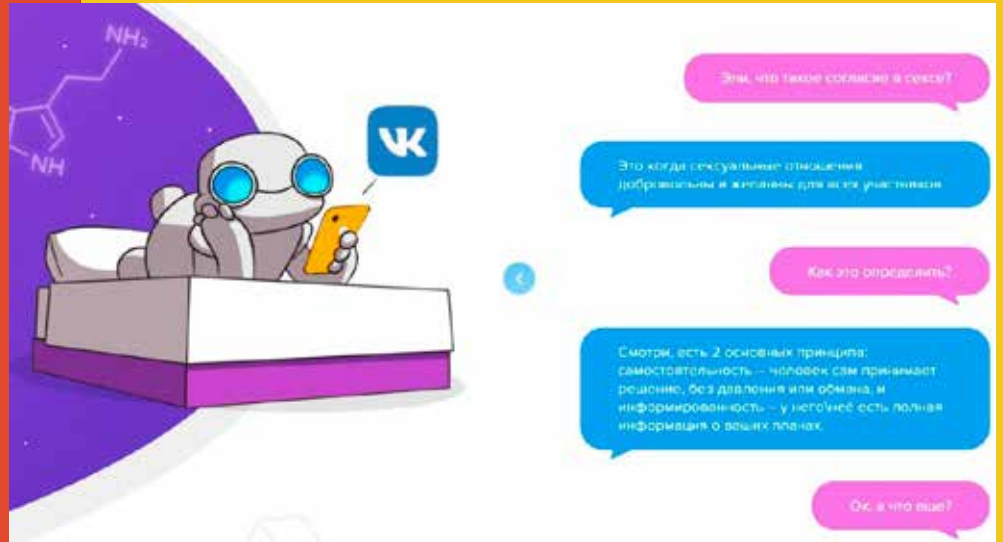
وتعد أوروغواي من الدول الرائدة في
تطوير مواد التثقيف الجنسي للأشخاص
ذوي الإعاقة. بدءاً من المواد المكتوبة
بطريقة برايل للمكفوفين في ثمانينيات
القرن العشرين. ومن خلال العمل مع
حركة Estamos Tod@s en Accion (كلنا
نعمل)، يدعم صندوق الأمم المتحدة
للسكان الجهود المبذولة للمضي قدماً
في هذا المسعى من خلال تعزيز حقوق
الصحة الجنسية والإنجابية للشباب
الأوروغواي ذوي الإعاقات السمعية،
مع التركيز بشكل خاص على الوقاية
من فيروس نقص المناعة البشري
ورعاية مرضاه. ونادراً ما تُستخدم لغة
الإشارة في التثقيف الجنسي؛ إذ أنها
تفتقر إلى بعض المصطلحات المتعلقة
بالجسد والجنس. وسعيًا لسد هذه
الفجوة، جمع مشروع 'Decimelo a mi'
(أخبرني) 70 من المراهقين والشباب
ضعاف السمع من منطقة مونتيفيديو
لتطوير مواد إعلامية شاملة. فاستعانوا
بأحد تطبيقات الواقع المعزز الذي
يجمع بين استخدام الرسائل النصية
والصوتية ولغة الإشارة، وساعدوا في
تطوير موقعين إلكترونيين، بالإضافة إلى
ملصقات ومواد أخرى. وقامت منظمات
الشباب وجمعيات الأشخاص ذوي
الإعاقة بتعميم الموارد ونشر المواد (9).

أدت جائحة كوفيد-19 إلى حدوث تأخير في
بدء جلسات التثقيف الجنسي الشامل
حتى أواخر عام 2020، حيث حضر أكثر من
200 شاب 10 جلسات أولية. وتم إنتاج
برامج إذاعية حول احتياجات الصحة

التثقيف الجنسي الشامل هو عملية تعتمد على المناهج الدراسية في التعريف بالجوانب المعرفية والعاطفية والجسدية والاجتماعية التي ينطوي عليها النشاط الجنسي. ويهدف إلى: تزويد الأطفال والشباب بالمعرفة والمهارات والمواقف والقيم التي من شأنها تمكينهم من تحقيق صحتهم ورفاههم وكرامتهم؛ وتطوير علاقات اجتماعية وجنسية محترمة؛ وتشجيعهم على التفكير في كيفية تأثير اختياراتهم على رفاههم ورفاهية الآخرين؛ ومساعدتهم على فهم وضمان حماية حقوقهم طوال حياتهم (10).

التثقيف الجنسي الشامل خارج السياق المدرسي يكتسي أهمية للوصول إلى 263 مليون طفل غير ملتحقين بمدارس على مستوى العالم. وفي عام 2020، نشر صندوق الأمم المتحدة للسكان وشركاؤه إرشادات تقنية وبرنامجية محدّثة حول التثقيف الجنسي الشامل خارج المدرسة لضمان حصول الشباب الأكثر عرضة لخطر الإصابة على المعلومات التي تمكنهم من تطوير المعرفة والمهارات التي يحتاجون إليها لاتخاذ خيارات مستنيرة بشأن صحتهم الجنسية والإنجابية (11).

إيلي هي أول روبوت محادثة
قائم على الذكاء الاصطناعي
تتحدث اللغة الروسية
وتستخدم لتعزيز التربية
الجنسية والمعاواة النفسية
بين المراهقين والشباب.
الصورة: اليونسكو



وفي الأسبوع الأول بعد إطلاقها في أكتوبر/تشرين 2020، أجابت الروبوت إيلي على ما يزيد عن 150,000 سؤال من 10,000 مستخدم. وبحلول أواخر مارس/أذار 2021، كانت إيلي قد ردت على أكثر من 400,000 استفسار (14).

وقد كالت الشباب الذين تجاذبوا أطراف الحديث مع الروبوت إيلي عبارات الثناء والمديح؛ حيث نشر مجتمع مستخدمي الروبوت إيلي المتنامي العديد من التعليقات مثل: "إيلي تتعلم وتشارك ما تعلمته معنا! فلتمض قدماً، أيها الروبوت!", و"أحسن! إنه روبوت مهم حقاً ومطلوب بشدة"، و"أود أن أشكر مصممي هذا المشروع على اهتمامهم، [و] على أكثرهم بمشاكل المراهقين ومخاوفهم" (15).

وتعتزم اليونسكو وشركاؤها الوطنيون إطلاق نسخ من الروبوت إيلي في كل كازاخستان وقيرغيزستان في منتصف عام 2021.

دراسة حالة

الدردشة مع روبوت محادثة

أبرزت تدابير التكيّف التي فرضتها جائحة كوفيد-19 إمكانات التقنيات الرقمية لتزويد الشباب بثقافة جنسية شاملة. فلنأخذ "إيلي"، على سبيل المثال، روبوت المحادثة الذي أنشأته منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) وأطلقتها على فكونتاكتي (VKontakte)، أشهر خدمة للتواصل الاجتماعي على الإنترنت باللغة الروسية.¹

تجيب إيلي على الأسئلة المتعلقة بالمراهقة والعلاقات والجنس والوقاية من فيروس نقص المناعة البشري واختبار الكشف عنه والعلاج منه. وقد تم إنشاء قاعدة معرفية خاصة بروبوت المحادثة بواسطة فريق تحرير يعمل مع العاملين الصحيين وعلماء النفس، وهي تعتمد على مواد التثقيف الجنسي الشامل والمواد الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري التي طورتها اليونسكو وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وغيرهما من الوكالات التابعة للأمم المتحدة.

ويقول تيغران ييويان، من معهد اليونسكو لاستخدام تكنولوجيا المعلومات في مجال التعليم الذي قام بتطوير الروبوت: "يبحث ملايين الشباب بشكل يومي على الإنترنت عن إجابات لأسئلة لا يمكنهم طرحها شخصيًا، إما بسبب شعورهم بعدم الارتياح أو ببساطة لأنه لا يوجد حولهم من يمكنهم سؤاله." (13).

وتشارك إيلي معلومات مهمة مع الشباب، تشمل السبب وراء ضرورة خضوعهم لاختبار فيروس نقص المناعة البشري إذا كانوا نشطين جنسيًا، والاختبارات المتاحة، وأين وكيف يمكن إجراء الاختبارات، ولماذا من الضروري البدء في العلاج المضاد للفيروسات القهقرية على الفور إذا تم تشخيص إصابة أحدهم بالفيروس.

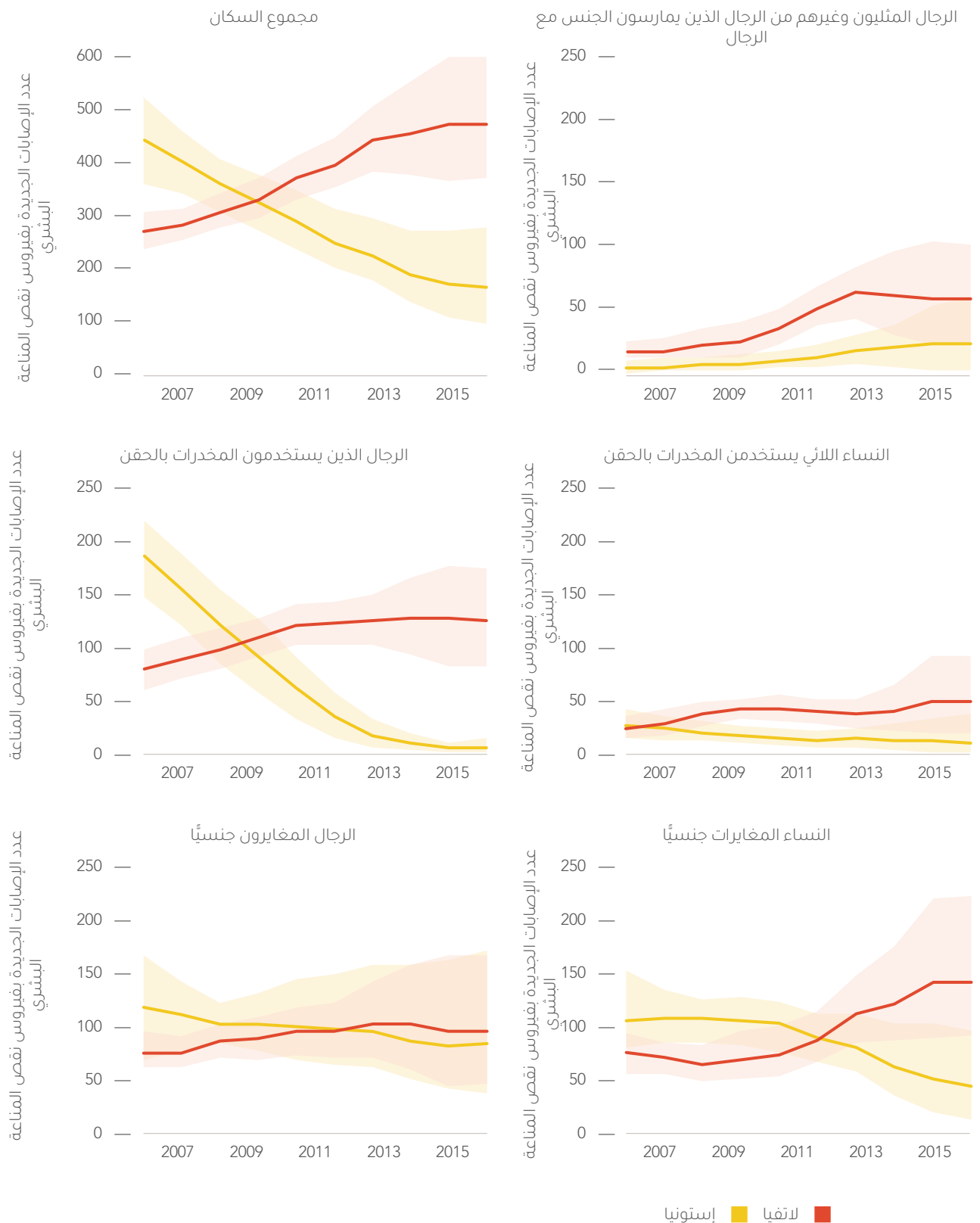
ويؤكد ييويان قائلاً: "لقد عملنا دون كلل من أجل إنشاء روبوت محادثة يمكنه تقديم إجابات دقيقة على وجه السرعة ودون الكشف عن هوية السائل، ودراسة المشكلة من وجهات نظر مختلفة، وتقديم المساعدة بدون أحكام ولا قوالب نمطية".

وتأتي إجابات إيلي معززة بالذكاء الاصطناعي حيث يلتقط الإشارات والعناصر المميزة الأخرى في الأسئلة من أجل صياغة إجابات أكثر دقة وملاءمة. وتجمع اللغة التي تستخدمها إيلي بين الخبرة والاحترام للمستخدم، كما يخلو خطابها من الوصم ويتسم قدر المستطاع بالحياد من منظور النوع الاجتماعي.

ويتعلم الذكاء الاصطناعي الذي يعتمد عليه الروبوت باستمرار من المحادثات التي تكون مُجهّلة تمامًا؛ حيث يوضح إيفان زورافليف، قائد فريق التطوير: إن "إيلي تخفي معلومات المستخدم حتى عن مطورها" (13).

¹ لدى فكونتاكتي أكثر من 73 مليون مستخدم، معظمهم من الشباب.

الشكل 1.13 | تقديرات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، إستونيا ولاتفيا، حسب المجموعة السكانية، 2007-2016



المصدر: مقتبس من: Marty L, Lemsalu L, Mäe-Urtmäe A, Costagliola D, Kaup E, Linina I et al. Revealing HIV epidemic dynamics and contrasting responses in two WHO Eastern European countries: insights from modeling and data triangulation. AIDS.2021;35(4):675-80.

ملحوظة: لا تتوفر بيانات حول نسبة النساء المغايرات جنسياً اللواتي يستخدم شركائهن الجنسيون المخدرات حالياً عن طريق الحقن أو كانوا يستخدمونها في السابق.

دراسة حالة

حكاية استجابتين لاستخدام المخدرات عن طريق الحقن

تقدم دولتا البلطيق المتجاورتان، إستونيا ولاتفيا، مثالين متناقضين بشكل صارخ على كيفية تأثير نهج الصحة العامة المختلفة على أوبئة فيروس نقص المناعة البشري بين الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن.

ففي أوائل عام 2000، كانت معدلات تشخيص فيروس نقص المناعة البشري في البلدين من بين الأعلى في أوروبا (16). وكما كان الحال بالنسبة للعديد من البلدان الأوروبية في ذلك الوقت، كان تقاسم مستخدمي المخدرات لمعدات الحقن غير المعقمة يسهم في تفاقم أوبئة فيروس نقص المناعة البشري في البلدين.

وبدأ الوباءان في التباعد في منتصف العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، وهو تغيير مدفوع بالسياسات تم توثيقه بوضوح في دراسة جديدة أجراها فريق البحث الأوروبي المعني بفيروس نقص المناعة البشري حول النمذجة الرياضية وتجريب اختبار فيروس نقص المناعة البشري في المجتمعات المحلية المخفية (17) (HERMETIC). ووفقًا لهذه الدراسة، التي استمدت تقديراتها باستخدام البيانات الخاصة بحالات الإصابة التي تم تشخيصها حديثًا وأحد نماذج الحساب الرجعي، انخفضت الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في إستونيا بنسبة 61% على مستوى البلاد وبنسبة 97% بين الرجال الذين يستخدمون المخدرات بالحقن بين عامي 2007 و2016 (17). وتشير التقديرات الوبائية المستمدة من بيانات البرنامج إلى أن معدل الإصابة بين الرجال والنساء الذين يستخدمون المخدرات بالحقن في إستونيا قد انخفض إلى ما يقرب من الصفر بحلول عام 2016، وأنه انخفض بأكثر من النصف بين النساء في عموم السكان، بما في ذلك النساء اللواتي قد يكن شريكات لأشخاص يستخدمون المخدرات بالحقن، بين عامي 2007 و2016 (الشكل 1.13).

وقد مرت إيلينا أنتونوفا بهذا التحول بشكل مباشر: حيث كانت مدمنة مخدرات وسجينة سابقة، وهي الآن تترأس الجمعية الإستونية للأشخاص الذين يستخدمون المؤثرات العقلية (LUNEST). وتقول أنتونوفا إن "برامج الحد من الضرر تعمل بشكل جيد للغاية في إستونيا"، موضحة أن "نقاط تبادل الإبر هي الأماكن التي يمكن للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات من خلالها الحصول بسهولة ودون الكشف عن هويتهم على مجموعة كاملة من الخدمات-من العوازل والحقن المجانية إلى الاستشارة واختبار فيروس نقص المناعة البشري".

واتبع وباء فيروس نقص المناعة البشري في لاتفيا مسارًا مختلفًا. وتشير دراسة HERMETIC إلى أنه، بين عامي 2007 و2016، زادت الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 72% بشكل عام، ويشمل ذلك زيادة بنسبة 121% بين النساء اللائي يستخدمن المخدرات حقنًا وزيادة بنسبة 90% بين النساء المغايرات جنسيًا (17). وبحلول عام 2016، بلغ معدل الإصابة بالعدوى ضعف ما كان عليه في إستونيا (35 حالة لكل 100,000 شخص مقابل 19 حالة لكل 100,000 شخص).

تحديث برامج فيروس نقص المناعة البشري بصفة مستمرة للسيطرة على الوباء الذي يتطور باستمرار.

الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن. وعلى الرغم من أن فرص الوصول إلى العلاج ببدائل المواد الأفيونية ظلت محدودة في كلا البلدين، إلا أنها كان أعلى في إستونيا منها في لاتفيا.

وتوضح السيدة أنتونوفا أن "الدولة مسؤولة عن تطوير وتنفيذ وتمويل برامج الحد من الضرر، مؤكدة إن "المعهد الوطني الإستوني للتنمية الصحية، بالتعاون مع المنظمات المجتمعية، يعمل باستمرار على تحسين البرامج وتوسيع نطاقها، كما يراقب جودة الخدمات من خلال إجراء المسوح والبحوث وتجميع الآراء الواردة من المجتمعات المحلية".

وتشير أنتونوفا إلى وجود تركيز قوي على دعم الأشخاص الذين يخضعون للعلاج ببدائل المواد الأفيونية و/أو العلاج المضاد للفيروسات القهقرية حتى يتمكنوا من الالتزام بالعلاج استعادة صحتهم وإدارة حياتهم: "كل شيء يهدف إلى إعادة إدماج الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات في المجتمع".

وقد ساهم البطء في اعتماد المبادئ التوجيهية الدولية لعلاج فيروس نقص المناعة البشري في انخفاض التغطية العلاجية في لاتفيا.

وفي ضوء تزايد استخدام معدات الحقن الآمنة من قبل الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن في إستونيا وعلاجهم من فيروس نقص المناعة البشري بنجاح، يشير تحليل HERMETIC إلى أن انتقال العدوى إلى شركائهم الجنسيين ربما انخفض أيضًا (17). وقد يكون ذلك من العوامل التي ساعدت في الحد من انتشار وباء فيروس نقص المناعة البشري في البلاد. وفي لاتفيا، لم يتم الحد من انتقال الفيروس بين الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن واستمر الوباء في النمو بين جميع السكان، بما في ذلك شركاء الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن.

ويكتشف كلا البلدين أن أوبئة فيروس نقص المناعة البشري هي عبارة عن أهداف متحركة. ففي إستونيا، شهد عدد الإصابات الجديدة عن طريق حقن المخدرات تراجعًا كبيرًا، ومعظم الإصابات حاليًا تحدث أثناء ممارسة الجنس غير المحمي، بما في ذلك بين الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.

كما تشهد لاتفيا أعدادًا متزايدة من الإصابات الجديدة بين الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال. ومن ثم، ينبغي

فيروس نقص المناعة البشري، مما أدى إلى تحسين خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشري والعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية للأشخاص

وتشير نتائج دراسة HERMETIC إلى أنه بحلول عام 2016، كان نحو نصف الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن في إستونيا يخضعون لاختبارات فيروس نقص المناعة البشري على مدار 12 شهرًا - وثلاثة أرباع أولئك الذين ثبتت إيجابيتهم للفيروس كانوا يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية (17). وفي هذه الأثناء، في لاتفيا، خضع نحو 10% من الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن لاختبار فيروس نقص المناعة البشري في أي سنة معينة بين عامي 2007 و2016، وكان 27% فقط من المتعاطين مع الفيروس يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية.

وقد تركّز كلا الوباءين بشكل كبير على تقاسم معدات الحقن بين الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن، وربما على الجنس غير المحمي بين الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن وشركائهم الجنسيين. وخلصت دراسة HERMETIC إلى أن الاختلاف الرئيسي بين الوباءين يكمن في مدى توافر خدمات الحد من الضرر (17).

ظلت برامج توفير الإبر والمحاقن تُنفَّذ في لاتفيا منذ عام 1997، ولكن على نطاق محدود للغاية. وفي أواخر عام 2016، كانت لاتفيا توزع نحو 93 حقنة وإبرة لكل مستخدم للمخدرات سنويًا. وكانت إستونيا المجاورة توزع 230 لكل مستخدم سنويًا. توسّعت كلا البلدين في إتاحة الوصول إلى العلاج ببدائل المواد الأفيونية، والذي ثبت أنه يقلل من استخدام المخدرات بالحقن وانتقال



أعضاء ومناصرو الجمعية الإستونية للأشخاص الذين يستخدمون المؤثرات العقلية. تمثل المنظمة وتدافع عن الحقوق المشروعة للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن. الصورة: الجمعية الإستونية للأشخاص الذين يستخدمون المؤثرات العقلية

التغلب على التحديات المتعلقة بقبول الخضوع للعلاج والالتزام به

يبدو أن قبول الخضوع للعلاج يمثل تحديًا لبعض المجموعات السكانية. ففي الدراسة التي أجراها SEARCH، على سبيل المثال، كانت معدلات القبول منخفضة بشكل خاص بين الشباب والأشخاص المتنقلين في كينيا وأوغندا (25). وعلى نحو مماثل، وجدت مراجعة منهجية للدراسات التي أجريت حول استخدام العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى من قبل الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن، أنه على الرغم من أن الوعي والرغبة في استخدام العلاج الوقائي كان مرتفعًا، إلا أن معدلات الاستخدام الفعلي كانت منخفضة للغاية (3-0%) (26). وتشير أبحاث أخرى إلى أن الوعي حول العلاج الوقائي لا يزال ضعيفًا لدى المستخدمين المحتملين، لا سيما أولئك الذين ينتمون إلى أقليات عرقية و/أو إثنية، وبين النساء في المجموعات السكانية الرئيسية (27-30).²

وما زال الالتزام بتناول العلاج الوقائي يوميًا عن طريق الفم يمثل تحديًا رئيسيًا (25، 31-34). ومن بين العوامل التي تؤثر على كل من قبول الخضوع للعلاج الوقائي والالتزام به الإلمام بهذا الأسلوب الوقائي، والتصورات الذاتية حول مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية، والتكلفة وقضايا التأمين الصحي، والقدرة على تناول الأقراص يوميًا، والتعرض للوصم (ويشمل ذلك في مرافق الرعاية الصحية)، ودعم الأسرة والأقران (29، 35-40). كما يعد تقويض سلطة اتخاذ القرار من العقبات الرئيسية، خاصة بالنسبة للفتيات المراهقات والشابات: تشير إحدى الدراسات التي أجريت في إسواتيني إلى أن الاعتراضات من جانب الشركاء الذكور والمشاكل المتعلقة بحضور المواعيد بالعيادة كانت الأسباب الرئيسية لتوقف النساء عن استخدام العلاج الوقائي (41). وعلى العكس من ذلك، تشير الدراسات التي أجريت في جنوب إفريقيا إلى أن النساء الشابات عندما يشعرن بأنهن قادرات على الكشف عن استخدامهن العلاج الوقائي، فإن أرجحية استمرارهن في تناول العلاج تكون أكبر (42).

وتشير المقابلات التي أجريت مع مجموعة من النساء عابرات الجنس والرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال في مدينة سان فرانسيسكو إلى أن حملات التوعية الشاملة للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى من شأنها أن تساعد في تذليل بعض هذه العقبات (43). ووفقًا لبعض الدراسات التي أجريت في جنوب إفريقيا، من شأن إدراك الوعي حول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى بين الآباء أيضًا أن يضطلع بدور مهم في دعم استخدام المراهقين للعلاج الوقائي (44). وفي حين يمكن استغلال وسائل التواصل الاجتماعي والمواقع

الإلكترونية في تعميق المعرفة بالعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى وزيادة الإقبال عليه (كما حدث في جنوب إفريقيا)، يحتاج الناس أيضًا إلى طرق متنوعة للوصول إليه (كما هو موضح في تايلاند) (45). فقد أدى تضمين خدمات العلاج الوقائي في المرافق التي تقدم خدمات فيروس نقص المناعة البشرية الأخرى، على سبيل المثال، إلى زيادة إقبال المجموعات السكانية الرئيسية على الحصول على العلاج الوقائي المسبق، وذلك وفقًا لما جاء في دراسة أجريت في ولايات كروس ريفر في نيجيريا (46). ويمكن لتقديم المشورة للأزواج حول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى كجزء من خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشرية أن يخفف من التأثير المثبط الذي يمكن أن يحدثه الشركاء الذكور المترددين بشأن تلقي العلاج الوقائي والالتزام به في العلاقات متغايرة الجنس (47).

وفي جنوب إفريقيا، يتم ربط خدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى بالخدمات الصحية التي تراعي الشباب فيما يتعلق بالأمراض المنقولة جنسيًا ورعاية ما قبل الولادة وبعدها. فمن شأن إتاحة فرص الوصول على نحو أكثر ملاءمة (على سبيل المثال من خلال ضمان عدم اضطراب الأشخاص إلى قطع مسافات طويلة لبدء العلاج الوقائي وصرف الدواء الموصوف)، وإزالة العوائق الخاصة بالتكاليف، والحد من الوصم والتمييز، أن يعزز زيادة الإقبال على العلاج الوقائي والالتزام به (37، 39، 48). كذلك يمكن للخدمات التي تركز على الأشخاص أن تساهم في الحد من معدلات الاستنزاف، كما رأينا في ليسوتو، حيث تم تكييف الخدمات بما يتماشى مع التحسينات التي اقترحها مستخدمو ومقدمو العلاج الوقائي (49). ومن شأن الخدمات التي تستفيد من شبكات الأقران القائمة وتنشئ صالات اجتماعية بين مستخدمي العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، أن تساهم أيضًا في تعزيز قبول العلاج والالتزام به (50).

ويكتسي إحساس الناس بالخطر أهمية كبرى. إن توقف الأشخاص عن تناول العلاج الوقائي عندما لا يكونون معرضين للخطر (على سبيل المثال خلال الفترات التي لا يكونون فيها نشطين جنسيًا) لا يمثل مشكلة، ولكن الالتزام بجدول الجرعات الموصى به خلال أوقات الخطر يعد أمرًا بالغ الأهمية. وقد وجدت إحدى الدراسات التي أجريت على ما يقرب من 5500 من مستخدمي العلاج الوقائي الحاليين والسابقين في ألمانيا، على سبيل المثال، أن السبب الأكثر شيوعًا لوقف العلاج الوقائي هو شعور الأفراد بانحسار حاجتهم إلى أداة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية.

2 وجدت مراجعة منهجية أجريت في عام 2019 أن 21% في المتوسط من النساء اللواتي يستخدمن المخدرات عن طريق الحقن على دراية بالعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى (28).

دراسة حالة

الاستمرار في نشر العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على الرغم من جائحة كوفيد-19

لا تزال الأدلة تظهر على مستوى المجموعات السكانية، على تأثير تناول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الفم يوميًا على الحد من سرية العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية. وقد نسبت هيئة الصحة العامة في إنجلترا الفضل إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى باعتباره أحد العوامل التي أدت إلى حدوث انخفاض حاد في حالات فيروس نقص المناعة البشرية الجديدة المشخصة في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، لا سيما بين المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال (18). وتسهم زيادة توفير العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى أيضًا في خفض الإصابات الجديدة بالفيروس في أستراليا، كما ارتبط بانخفاض حالات الفيروس المشخصة في الولايات المتحدة الأمريكية خلال الفترة 2012-2016 (19، 20).

وثمة أدلة أيضًا من إفريقيا جنوب الصحراء تؤكد أن العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى يمكن أن يكون فعالاً للغاية في الحد من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى جانب وعلاج المصابين بعدواه على نحو شامل، كما هو موضح في الدراسة التي أجراها اتحاد البحوث المستدامة في مجال الصحة العامة في شرق أفريقيا (SEARCH) في 16 مجتمعًا ريفيًا في كينيا وأوغندا. وقد أتاح SEARCH فرصة الوصول الشامل إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى مع تقديم المشورة للأشخاص الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالفيروس (استنادًا إلى تباين العشاء مصليًا، أو مجموع درجات الخطر، أو مخاطر محددة ذاتيًا) أثناء فعاليات الاختبار التي نظمها على مستوى المجتمع المحلي، تليها بداية العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على وجه السرعة وتوصيل الخدمات من خلال المجتمع المحلي على نحو يتسم بالمرونة. وقد حدث انخفاض بنسبة 74% في حالات العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية في صفوف الأشخاص الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالعدوى الذين بدأوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى من خلال SEARCH، مقارنة بالعام السابق لتوافر العلاج الوقائي المسبق (21).

كوفيد-19 يتسبب في تعطيل البدء في العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى

تسببت جائحة كوفيد-19 في تعطيل الوصول إلى خدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى بشكل مؤقت في بعض البلدان. ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، أدت الاضطرابات الناجمة عن جائحة كوفيد-19 إلى حدوث تراجع في عدد وصفات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى وفي عدد المستخدمين الجدد للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عما كان متوقعًا في مارس/آذار-يونيو/حزيران 2020 (22). وقد وردت تقارير تفيد بوجود اتجاه مماثل في أستراليا، حيث انخفض عدد الأشخاص الذين بدأوا العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في أبريل/نيسان-يونيو/حزيران 2020 بنسبة 45% مقارنة بالأشهر الثلاثة السابقة (23). ومع ذلك، تم التخفيف من تأثير الجائحة هناك وفي أماكن أخرى من خلال تدابير التكيف السريعة، مثل صرف ما يكفي لعدة أشهر من العلاج الوقائي، واستخدام التطبيب عن بُعد، واعتماد أشكال مختلفة من توصيل العلاج الوقائي من خلال المجتمع المحلي. وقامت تايلاند، على سبيل المثال، بتمديد وصفات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى من ثلاثة إلى ستة أشهر، وطبقت نظام استشارات الرعاية الصحية عن بُعد لتقليل زيارات العيادات إلى أدنى حد، وأدخلت نظام خدمات البريد السريع لتوصيل وصفات العلاج الوقائي، مما ساعد في استمرار وصول خدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى إلى الفئات السكانية الرئيسية (24). وتعد هذه الأشكال من التكيفات مستدامة إلى حد كبير وتدعم استخدام نموذج متميز لتقديم خدمات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على نطاق أوسع

1. Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic [version 1]. *Gates Open Res.* 2021;5:91. doi: 10.12688/gatesopenres.13278.1
2. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, deOliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nat Commun.* 2019;10:5482.
3. Grabowski MK, Serwadda DM, Gray RH, Nakigozi G, Kigozi G, Kagaayi J et al. HIV prevention efforts and incidence of HIV in Uganda. *N Engl J Med.* 2017;377(22):2154-66.
4. Smith B, Mann C, Jones C, Miller N, Longfield K, Gesuale S. Challenges and recommendations for reaching "Fast-Track" Targets for condom use. *Mann Global Health*; 2019.
5. Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. WHO: Geneva; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296029/retrieve>).
6. The EACS European standard of care meetings 2020–202: report and summary of workshops. Tbilisi: European AIDS Clinical Society; 2020 (https://www.eacsociety.org/files/eacs_soc_2020-21_report.pdf?utm_source=conference+news-english&utm_medium=email&utm_campaign=2021-04-14).
7. Centers for Disease Control and Prevention. Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data—United States and 6 dependent areas, 2019. HIV Surveillance Supplemental Report 2021; 26 (No. 2). May 2021 (<http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>).
8. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three decades of research: the case for comprehensive sex education. *J Adolescent Health.* 2021;68:13-27.
9. UNESCO, UNFPA, UNAIDS, WHO, UNICEF, UN Women. The journey towards comprehensive sexuality education: a global status report. Paris: UNESCO; forthcoming.
10. Why comprehensive sexuality education is important. In: UNESCO.org [Internet]. 15 February 2018. Paris: UNESCO; 2021 (<https://en.unesco.org/news/why-comprehensive-sexuality-education-important>).
11. International technical and programmatic guidance on out-of-school comprehensive sexuality education. An evidence-informed approach for non-formal, out-of-school approaches. Condensed edition. New York: UNFPA; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Out_of_School_CSE_Guidance_with_References_for_Web.pdf).
12. Situation and access to services of persons with disabilities in Addis Ababa. Briefing note. Addis Ababa: UNICEF (<https://www.unicef.org/ethiopia/reports/situation-and-access-services-homeless-and-people-disabilities>).
13. UNESCO IITE and VKontakte create chatbot for teens to answer questions about adolescence, relationships and health. In: UNESCO Institute for Information Technologies in Education [Internet]. 25 November 2020. Paris: UNESCO; c2021 (<https://iite.unesco.org/highlights/unesco-vkontakte-chat-bot-eli-2/>).
14. UNESCO's Institute for Information Technologies in Education project data, provided by M. Medvedchikova, Project Coordinator, 2021.
15. Chatbot answers young people's questions about HIV, health and relationships. In: UNAIDS.org [Internet]. 15 October 2020. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/october/20201015_chatbot).
16. Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. *The Lancet.* 2003;361:1035-44.
17. Marty L, Lemsalu L, Kivite-Urtane A, Costagliola D, Kaupe R, Linina I et al. Revealing HIV epidemic dynamics and contrasting responses in two WHO eastern European countries: insights from modeling and data triangulation. *AIDS.* 2021;35(4):675-80.
18. O'Halloran C, Sun S, Nash S, Brown A, Croxford S, Connor N et al. HIV in the United Kingdom: towards zero 2030. 2019 report. London: Public Health England; December 2019 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/965765/HIV_in_the_UK_2019_towards_zero_HIV_transmissions_by_2030.pdf).
19. Holt M, Broady TR, Mao L, Chan C, Rule J, Ellard J et al. Increasing preexposure prophylaxis use and "net prevention coverage" in behavioural surveillance of Australian gay and bisexual men. *AIDS.* 2021;35(5):835-40.
20. Smith DK, Sullivan PS, Cadwell B, Waller LA, Siddiqi A, Mera-Giler R et al. Evidence of an association of increases in pre-exposure prophylaxis coverage with decreases in human immunodeficiency virus diagnosis rates in the United

تعزيز التأثير الوقائي من خلال خيارات العلاج الوقائي طويل المفعول قبل التعرض للعدوى

من المتوقع أن تعمل منتجات العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى الجديدة، مثل حقن "كابوتغرافير" طويلة المفعول وحلقة "دابيفيرين" المهبلية، على توسيع نطاق استخدام العلاج الوقائي وتعزيز تأثيره الوقائي.

وقد أثبت العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى عن طريق الحقن فعاليتها الشديدة في منع الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. وفي الدراسة HPTN 083 التي أجرتها شبكة اختبارات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، كانت احتمالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري في صفوف الرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال والنساء عابرات الجنس الذين تلقوا العلاج الوقائي عن طريق الحقن، أقل بنحو الثلثين مقارنة بأقرانهم الذين تناولوا العلاج الوقائي يوميًا عن طريق الفم. وفي دراسة HPTN 084 التي أجرتها الشبكة في سبعة بلدان أفريقية، كانت النساء اللواتي يتناولن حقن كابوتغرافير أقل خطرًا للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 89% من النساء اللاتي تناولن العلاج الوقائي يوميًا عن طريق الفم (32، 51).³

يعد العلاج الوقائي شديد الفعالية في الوقاية من عدوى فيروس نقص المناعة البشري، سواء تم تناوله يوميًا عن طريق الفم أو في هيئة حقن طويلة المفعول. ولكن الحقن قد تحمل بعض المزايا لبعض الأفراد. فالحقن تعد أكثر سرية من تناول الأقراص يوميًا، إذ تُعطى كل شهرين-بعد فترة شهر واحد بين أول حقنتين. وتشير نتائج التجارب إلى أنها تخفف بعض الصعوبات الخاصة بالالتزام بالعلاج التي لوحظت في الدراسات التي أجريت حول العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى (32، 51). ولا يزال يتعين إثبات مأمونية حقن الكابوتغرافير أثناء فترة الحمل والرضاعة الطبيعية، وسيطلب التنفيذ على نطاق واسع عمل تدريبات وإجراء بعض التعديلات اللوجستية في خدمات فيروس نقص المناعة البشري والنظم الصحية، ويرجع ذلك جزئيًا إلى أن الحقن يجب أن تُعطى حاليًا بمعرفة أحد مقدمي الرعاية الصحية. وثمة حاجة أيضًا إلى خوارزميات تشخيص أكثر مراعاة لاعتبارات فيروس نقص المناعة البشري من أجل تحديد حالات عدوى الاختراق بشكل فوري ومحاولة تجنب ظهور مقاومة للأدوية بين الأشخاص الذين يتناولون العلاج الوقائي طويل المفعول.

وعلاوة على ذلك، فإن تكلفة العلاج الوقائي عن طريق الحقن لم يتم تحديدها بعد، بيد أن الإقبال عليه يمكن أن يكون محدودًا إذا كانت أسعاره أعلى بكثير من العلاج الوقائي عن طريق الفم (52).

وفي يناير/كانون الثاني 2021، أصدرت منظمة الصحة العالمية توصيات مشروطة بضرورة توفير حلقات دابيفيرين المهبلية كخيار وقائي إضافي لحماية النساء الأكثر عرضة لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري.⁴ ووجدت تجربتان عشوائيتان خاضعتان للمراقبة في المرحلة الثالثة أن الحلقة المهبلية ساهمت في الحد من خطر إصابة النساء بالفيروس بنسبة تتراوح بين 27% و35%، وأن الاستخدام طويل الأمد كان جيد التحمل من جانب النساء. وأظهرت الدراسات الموسعة التي انطوت عليها التجربتان انخفاض المخاطر على نحو أكبر-أكثر من 50% (53).

وتشمل المراحل المتأخرة من التجارب السريرية أيضًا قرص العلاج الوقائي الشهري "إيزلاترافير"، وحقن "ليناكابافير" التي تُعطى كل ستة أشهر، وكذلك تقنيات الوقاية متعددة الأغراض للوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، مثل حلقة "دابيفيرين" و"ليفونورجيسريل" المهبلية.

3 كان عدد الإصابات بفيروس نقص المناعة البشري في ظل تناول العلاج الوقائي طويل المفعول عن طريق الحقن بمقدار ثلاثة أضعاف تقريبًا في دراسة HPTN 083. وبمقدار نحو تسعة أضعاف في دراسة HPTN 084. وقد أجريت دراسة HPTN 083 في الأرجنتين والبرازيل وجنوب إفريقيا وتايلاند والولايات المتحدة الأمريكية وفيتنام، بينما أجريت دراسة HPTN 084 في بوتسوانا وإسواتيني وكينيا وملاوي وجنوب إفريقيا وأوغندا وزيمبابوي.

4 يُعرّف الخطر الكبير للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بأنه معدل الإصابة بالفيروس الذي يزيد عن 3 لكل 100 شخص-سنوات.

discontinuation among individuals initiating PrEP in HIV care centres in Kenya and its implications for a public health approach to prevention. HIV Research for Prevention (HIVR4P) virtual conference. 27–28 January and 3–4 February 2021. Abstract OA07.02.

41. Bärnighausen K, Geldsetzer P, Matse S, Hettema A, Hughey AB, Dlamini P et al. Qualitative accounts of PrEP discontinuation from the general population in Eswatini. *Cult Health Sex.* 2020 Jul 7:1-17.
42. Daniels J, Bresenham D, de Vos L, Mawarire R, Atujuna A, Hosek S et al. I'm taking PrEP for myself and not for people: PrEP disclosures influence adherence journeys for adolescent girls and young women in South Africa. HIV Research for Prevention (HIVR4P) virtual conference, 27–28 January and 3–4 February 2021. Abstract OA07.04.
43. Wang S, Philip S, Packer T, McCright J, Boyer C. Challenges and unmet needs affecting PrEP access and uptake among black and latinx MSM and transgender women. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PED1280.
44. Giovenco D, Pettifor A, Bekker L-G, Fliatreau L, Atujunak M, Gill K et al. Understanding PrEP interest among South African adolescents: the impact of perceived parental support and PrEP-related stigma. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PEE1542.
45. Chinbunchorn T, Nampaisarn O, Ramautarsing R, Sanyam S, Sangpasert T, Chanlearn P et al. Factors associated with accessing free PrEP services in Thailand. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PED1282.
46. Edet B, Umoh P, Emmanuel G, Abang R, Kalawo A, Osilade A. Integration of minimum prevention package intervention (MPPI) model a strategy for PrEP uptake among key populations in Cross River State, Nigeria. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PEC0609.
47. Jani N, Mathur S, Kahabuka C, Makyao N, Pilgrim N. Relationship dynamics and anticipated stigma: key considerations for PrEP use among Tanzanian adolescent girls and young women and male partners. *PLoS ONE.* 2021;16(2):e0246717.
48. Ghayda RA, Hong SH, Yang JW, Jeong GH, Lee KH, Kronbichler A et al. A review of pre-exposure prophylaxis adherence among female sex workers. *Yonsei Med J.* 2020;61(5):349-58.
49. Chakare T, Ramapepe M, Berg J, Rozario A, Motaba M. Improving PrEP continuation rates through client-centred innovations in Lesotho. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PEE1543.
50. Koss CA, Nugent JR, Brown LB, Ayieko J, Kabami J, Atukunda M et al. Social networks predict PrEP uptake in SEARCH study in rural Kenya and Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 151.
51. Landovitz RJ, Donnell D, Clement M, Hanscom B, Cottle L, Coelho L et al. Interim results: pre-exposure prophylaxis (PrEP) containing long-acting injectable cabotegravir (CAB-LA) is safe and highly effective for cisgender men and transgender women who have sex with men. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract OAXLB0101.
52. Neilan AM, Landovitz RJ, Le MH, Grinsztejn B, Freedberg K, McCauley M et al. Cost-effectiveness of long-acting PrEP among MSM/TGW in the US. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 150.
53. WHO recommends the dapivirine vaginal ring as a new choice for HIV prevention for women at substantial risk of HIV infection. In: World Health Organization [Internet]. 26 January 2021. Geneva: World Health Organization; c2021 (<https://www.who.int/news/item/26-01-2021-who-recommends-the-dapivirine-vaginal-ring-as-a-new-choice-for-hiv-prevention-for-women-at-substantial-risk-of-hiv-infection>).

- States, 2012–2016. *Clin Infect Dis.* 2020;71(12):3144-51.
21. Koss CA, Havlir DV, Ayieko J, Kwarisiima D, Kabami J, Chamie G et al. HIV incidence after pre-exposure prophylaxis initiation among women and men at elevated HIV risk: a population-based study in rural Kenya and Uganda. *PLoS Med.* 2021;18(2):e1003492.
 22. Huang Y-L, Zhu W, Kourtis A, Hall I, Hoover KW. Impact of COVID-19 on PrEP prescriptions in the United States: a time series analysis. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 731.
 23. Monitoring HIV pre-exposure prophylaxis uptake in Australia: PBS-subsidised HIV pre-exposure prophylaxis from April 2018 to June 2020. Sydney: The Kirby Institute; August 2020 (https://kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/kirby/report/Monitoring-HIV-PrEP-uptake-in-Australia-newsletter_Issue3_0.pdf).
 24. Pre-exposure prophylaxis services in Thailand during COVID-19. In: World Health Organization [Internet]. 26 November 2020. Geneva: World Health Organization; 26 November 2020 (<https://www.who.int/news/item/26-11-2020-pre-exposure-prophylaxis-services-in-thailand-during-covid-19>).
 25. Koss CA, Charlebois ED, Ayieko J, Kwarisiima D, Kabami J, Balzer LB et al. Uptake, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis offered after population HIV testing in rural Kenya and Uganda: 72-week interim analysis of observational data from the SEARCH study. *Lancet HIV.* 2020;7:e249-261.
 26. Mistler CB, Copenhaver MM, Shrestha R. The pre-exposure prophylaxis (PrEP) care cascade in people who inject drugs: a systematic review. *AIDS Behav.* 2020 Aug 4;10 (ahead of print).
 27. PrEP knowledge, attitudes and usages among Black African communities in England. In: HIV Prevention England [Internet]. 30 July 2020. Terrence Higgins Trust; c2021 (<https://www.hivpreventionengland.org.uk/2020/07/30/prep-knowledge-attitudes-and-usage-among-black-african-communities-in-england/>).
 28. Zhang C, McMahon J, Simmons J, Brown LL, Nash R, Liu Y. Suboptimal HIV pre-exposure prophylaxis awareness and willingness to use among women who use drugs in the United States: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Behav.* 2019;23(10):2641-53.
 29. Glick JL, Russo R, Jivapong B, Rosman L, Pelaez D, Footer KHA et al. The PrEP care continuum among cisgender women who sell sex and/or use drugs globally: a systematic review. *AIDS Behav.* 2020;24(5):1312-33.
 30. Townes AR, Tanner M, Henny KD, Zhu W, Iqbal K, Dominguez KL et al. Low proportions of linkage & prescriptions of PrEP in black women (THRIVE, 2015–2020). Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 701.
 31. Haberer J, Mugo N, Bukusi E, Pyra M, Oware K, Kiptinness C et al. SMS reminders did not improve PrEP adherence in a randomized controlled trial among young Kenya women. HIV Research for Prevention (HIVR4P) virtual conference, 27–28 January and 3–4 February 2021. Abstract OA07.01.
 32. Delany-Moretlwe S, Hughes J, Bock P, Gurrion S, Hunidzarira P, Kalonji D et al. Long acting injectable cabotegravir is safe and effective in preventing HIV infection in cisgender women: interim results from HPTN 084. HIV Research for Prevention (HIVR4P) virtual conference, 27–28 January and 3–4 February 2021. Abstract HY01.02.
 33. Felsher M, Ziegler E, Rivet Amico R, Carrico A, Coleman J, Roth AM. "PrEP just isn't my priority": adherence challenges among women who inject drugs participating in pre-exposure prophylaxis (PrEP) demonstration project in Philadelphia, PA USA. *Soc Science Med.* 2021;275:113809.
 34. Dean LT, Chang H-Y, Goedel WC, Chan P, Doshi JA, Nunn AS. Pharmacy reversals: a novel indicator of gaps in the HIV PrEP care cascade. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 700.
 35. Sidebottom D, Ekström AM, Strömdahl S. A systematic review of adherence to oral pre-exposure prophylaxis for HIV – how can we improve uptake and adherence? *BMC Infect Dis.* 2018;18:581.
 36. Karutu C, Nandudu H, Matsiko N, Luzze J, Arinaitwe M, Mirembe I et al. Reaching key and priority populations with PrEP: lessons from eastern Uganda. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. PEE1550.
 37. Ching SZ, Wong LP, Said MAB, Lim SH. Meta-synthesis of qualitative research of pre-exposure prophylaxis (PrEP) adherence among men who have sex with men (MSM). *AIDS Educ Prev.* 2020;32(5):416-31.
 38. Pleuhs B, Quinn KG, Walsh JL, Petroll AE, John SA. Health care provider barriers to HIV pre-exposure prophylaxis in the United States: a systematic review. *AIDS Patient Care STDS.* 2020;34(3):111-23.
 39. Kamitani E, Mizuno Y, Wichser ME, Adegbite-Johnson A, DeLuca JB et al. What are characteristics of men who have sex with men who are interested in, but not on HIV pre-exposure prophylaxis in the United States? A systematic review and meta-analysis. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. PEC0608.
 40. Dollah A, Ongolly F, Ngure K, Odoyo J, Irungu E, Mugwanya K et al. "I just decided to stop": understanding PrEP

أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ ضمان حصول 34 مليون شخص على العلاج من فيروس نقص المناعة البشرية.

■ تحقيق الأهداف 95-95-95 الخاصة بالاختبار والعلاج والكبت الفيروسي في جميع التركيبات والمجموعات السكانية والمواقع الجغرافية، بما في ذلك الأطفال والمراهقين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية.

- 95% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية يعلمون حالتهم الصحية.

- 95% من الأشخاص الذين يعلمون بإصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية يخضعون للعلاج.

- 95% من الأشخاص الذين خضعوا للعلاج تمكنوا من كبت الأحمال الفيروسية.

■ ضمان حصول 90% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية على العلاج الوقائي من السل.

■ خفض الوفيات المرتبطة بالسل بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية بنسبة 80% (مقارنة بمعدلاتها المرجعية في عام 2010).

■ استخدام نماذج متميزة لتقديم خدمات الاختبار والعلاج، بما في ذلك الخدمات الرقمية التي تقودها المجتمعات المحلية والخدمات المجتمعية.

مالوهات، معلمة في إحدى المدارس الابتدائية وتعمل في مجال توعية الأقران في بوختار، طاجيكستان، تتناول علاجها المضاد للفيروسات القهقرية يوميًا.

الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

02 الاختبار والعلاج

على مدى السنوات الخمس الماضية، حقق العالم مكاسب قوية في زيادة خدمات اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري والوقاية من الوفاة المرتبطة بالإيدز. وتعتبر أعداد المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعلمون بإصابتهم، ويحصلون على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية ويحققون الكبت الفيروسي المطلوب للبقاء في صحة جيدة ومنع انتقال الفيروس لاحقًا، أكبر من أي وقت مضى. ففي عام 2020، كان ما يقدر بنحو 27,5 مليون [26,5 مليون-27,7 مليون] شخص متعاش مع الفيروس على مستوى العالم يحصلون على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية.

وقد حققت ثمانية بلدان في ثلاث مناطق بالكامل الأهداف 90-90-90 بين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري.¹ بيد أن هذه الأهداف لم تتحقق على الصعيد العالمي، وإن كان الفارق ليس كبير: ففي نهاية عام 2020، كان 84% [-67% < 98%] من المتعاشين مع الفيروس يعرفون حالة إصابتهم، وكان 87% [-67% < 98%] من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعلمون بإصابتهم يحصلون على العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، وتمكن 90% [70% < 98%] من الأشخاص الذين تلقوا العلاج من تحقيق الكبت الفيروسي. وتتراكم هذه الثغرات التي تبدو صغيرة لتترك للعالم نحو 2,7 مليون شخص من المتعاشين مع الفيروس دون بلوغ الهدف المحدد لعام 2020. وفي نهاية عام 2020 إجمالاً، كان نحو ثلث الـ 37,7 مليون شخص [30,2 مليون-45,1 مليون] المتعاشين مع الفيروس على مستوى العالم قد نجحوا في كبت الحمل الفيروسي لديهم.

وتميل الثغرات الموجودة في الاختبار والعلاج إلى أن تكون أكبر بين المستضعفين والمهمشين وأولئك الذين تقل احتمالية وصولهم إلى الخدمات الصحية. وتظهر الثغرات بشكل خاص في صفوف الأطفال والشباب والرجال والمجموعات السكانية الرئيسية المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري. التزم الموقعون على الإعلان السياسي للأمم المتحدة لعام 2021 بشأن الإيدز بتحقيق الأهداف 95-95-95 بشأن الاختبار والعلاج وكبت الفيروس في جميع التركيبات والمجموعات السكانية والأماكن الجغرافية بحلول عام 2025، بما في ذلك الأطفال والمراهقين. وسيطلب ذلك تعزيز الإرادة السياسية وتوفير تمويل كافٍ واستخدام نهج متباينة لتلبية احتياجات الاختبار والعلاج المتنوعة للمجموعات السكانية التي لم يتسن لها الاستفادة بالمزايا الصحية الكاملة التي ينطوي عليها علاج فيروس نقص المناعة البشري وخدمات الرعاية الصحية الأخرى، مثل فحص السل والعلاج الوقائي المضاد له وتديره علاجياً.

وثمة دروس يمكن استخلاصها من الطرق المبتكرة التي تغلبت بها خدمات اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري على الاضطرابات التي حدثت أثناء جائحة كوفيد-19. غالباً من خلال الاعتماد على إجراء مواءمات وتعديلات تقودها المجتمعات المحلية. وترتبط هذه الأساليب بشكل خاص بالمجموعات السكانية التي يصعب الوصول إليها والأماكن التي يتعذر فيها تحقيق تغطية كافية بالخدمات التقليدية. ويجب تدعيم اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري في مرافق الرعاية الصحية من خلال اعتماد نهج تقودها المجتمعات لتوفير الخدمات بطرق ملائمة للمجموعات السكانية المتخلفة عن الركب في الوقت الحالي.

¹ الأهداف 90-90-90 هي: 90% من الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري يعرفون أنهم حاملون لفيروس نقص المناعة البشري، و90% من الأشخاص الذين يعرفون حالتهم الإيجابية للفيروس يحصلون على العلاج، و90% من الأشخاص الذين يتلقون العلاج تمكنوا من كبت الحمل الفيروسي لديهم.

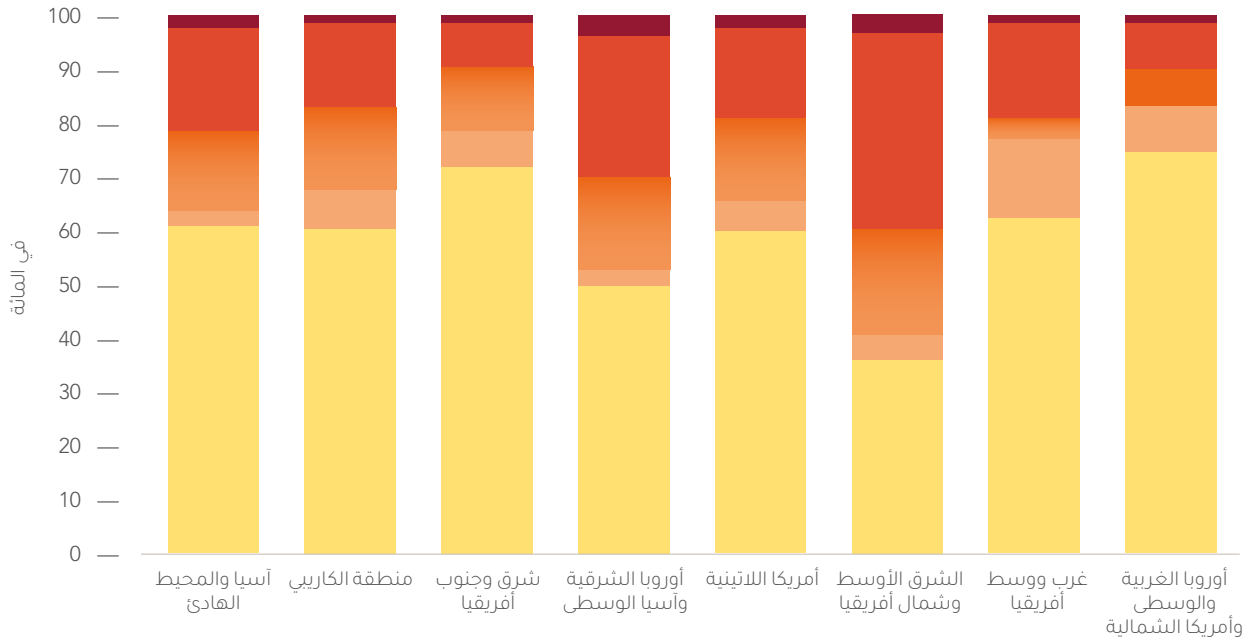
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

اختلاف التقدم المُحرَز حسب المنطقة

لا تزال هناك نسب كبيرة من الأشخاص الذين يعلمون بإصابتهم بفيروس نقص المناعة البشري ولكنهم لا يخضعون للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في كل منطقة باستثناء غرب ووسط أفريقيا وأوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية (الشكل 2.2). وتعد الفجوات الموجودة في المعرفة فيما يتعلق بحالة الإصابة بالفيروس كبيرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بشكل خاص، حيث يكون الكبت الفيروسي وتغطية العلاج أقل من أي منطقة أخرى. ويوجد أيضًا في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى نسبة كبيرة من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين إما لا يعرفون حالتهم الصحية أو تم تشخيصهم ولكنهم لا يخضعون للعلاج في الوقت الحالي.

وفي عام 2020، كانت نسب المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين حققوا الكبت الفيروسي في آسيا والمحيط الهادئ ومنطقة البحر الكاريبي وكلا المنطقتين في أفريقيا جنوب الصحراء، أعلى بالمقارنة بأمريكا اللاتينية التي كانت رائدة في مجال العلاج المبكر. وفي غرب ووسط أفريقيا، هناك نسبة كبيرة من الأشخاص الذين يخضعون للعلاج ولم يتحقق لديهم الكبت الفيروسي بعد، في حين أن نسبة أقل نسبيًا من المتعاشين مع الفيروس في المنطقة يعلمون حالتهم الإيجابية للفيروس ولكنهم لا يخضعون للعلاج.

الشكل 2.2 | المتعاشون مع فيروس نقص المناعة البشري، الأشخاص المصابون حديثًا في الأشهر الستة الماضية، وسلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عامًا)، حسب المنطقة، 2020



المتعاشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين أصيبوا بالفيروس في الأشهر الستة الماضية
المتعاشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين لا يعلمون بحالتهم الصحية وأصيبوا بالفيروس منذ أكثر من ستة أشهر
المتعاشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعلمون بحالتهم الصحية ولكنهم لا يخضعون للعلاج
المتعاشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يخضعون للعلاج ولكن لم يتحقق لديهم الكبت الفيروسي

المصدر: تحليل خاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

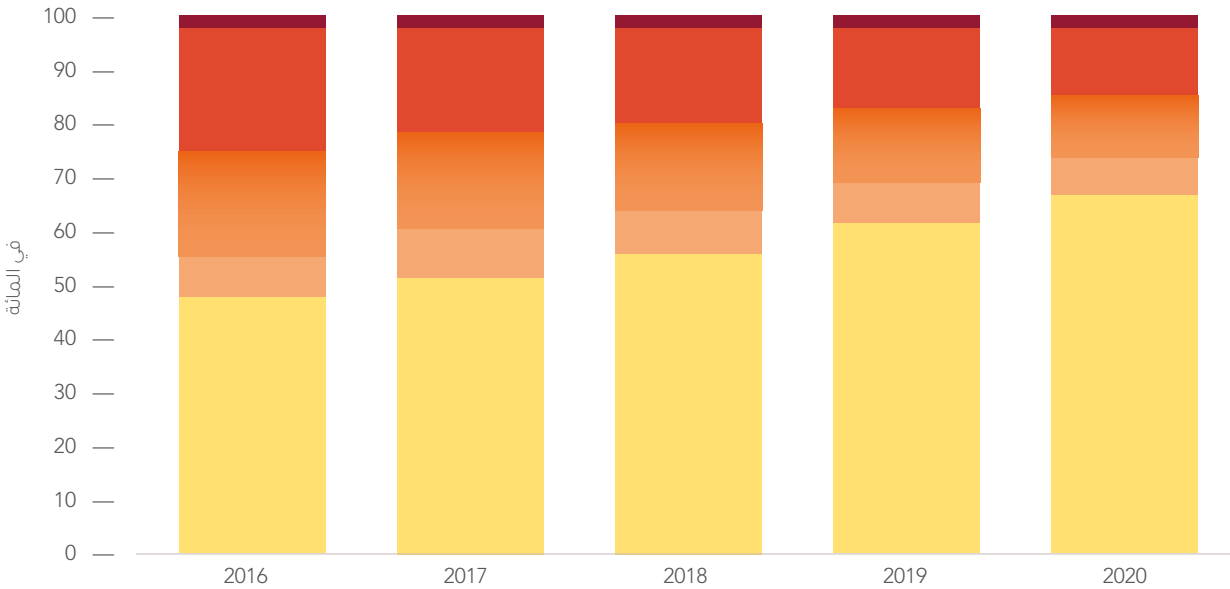
تضييق الفجوات عبر السلسلة

انطوى التقدم المُحرز عبر سلسلة اختبارات وعلاج فيروس نقص المناعة البشري على زيادة في نسبة المتعايشين مع الفيروس الذين تحقق لديهم الكبت الفيروسي، وانخفاض في نسب الأشخاص الذين لا يعلمون أنهم متعايشون مع الفيروس وأولئك الذين يعلمون بإصابتهم ولكنهم لم يبدأوا العلاج أو انقطعوا عنه، مما يشير إلى حدوث تقدم على الصعيد العالمي فيما يتعلق باختبارات فيروس نقص المناعة البشري، والربط بالرعاية والاستبقاء في الرعاية (الشكل 2.1). وكان التراجع في معدلات الأشخاص المصابين حديثاً وأولئك الذين يخضعون للعلاج ولم يتحقق لديهم الكبت الفيروسي متواضعاً.

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

تعتبر أعداد الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعلمون حالة إصابتهم، ويحصلون على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية ويحققون الكبت الفيروسي المطلوب للبقاء في صحة جيدة ومنع انتقال الفيروس لاحقاً، أكثر من أي وقت مضى.

الشكل 2.1 | المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والمصابون حديثاً بالعدوى في الأشهر الستة الماضية، وسلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عامًا)، على مستوى العالم، 2016-2020



■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين أصيبوا بالفيروس في الأشهر الستة الماضية
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين لا يعلمون بحالتهم الصحية وأصيبوا بالفيروس منذ أكثر من ستة أشهر
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعلمون بحالتهم الصحية ولكنهم لا يخضعون للعلاج
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يخضعون للعلاج ولكن لم يتحقق لديهم الكبت الفيروسي
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يخضعون للعلاج وتحقق الكبت الفيروسي لديهم

المصدر: تحليل خاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

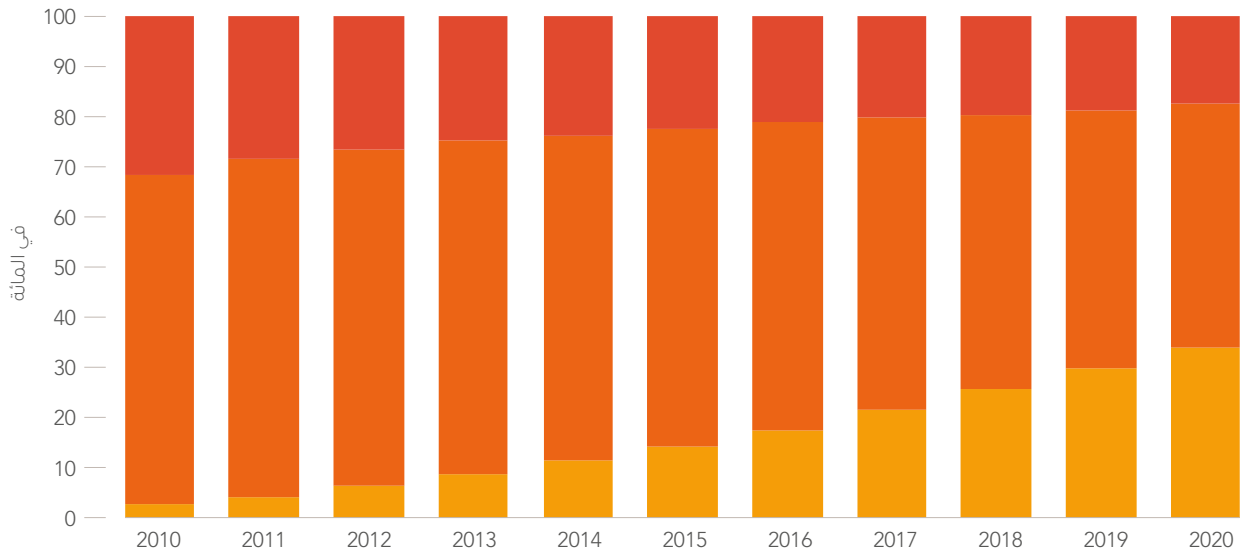
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

دعم الأشخاص لمواصلة
العلاج وتحقيق الكبت
الفيروسي الدائم يعد أمراً
بالغ الأهمية لتحسين
النتائج الصحية ومنع
انتقال فيروس نقص
المناعة البشري

الاستبقاء في الرعاية يصبح مصدر قلق متزايد

تسلط البيانات الواردة من جنوب إفريقيا الضوء على التحدي الذي تواجهه العديد من برامج العلاج عندما يتعلق الأمر باستبقاء الأشخاص في الرعاية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري بنجاح. ويصل برنامج علاج فيروس نقص المناعة البشري في جنوب إفريقيا إلى عدد أكبر من المتعاشين مع الفيروس أكثر من أي شخص آخر في العالم، حيث تلقى ما يقرب من 5,1 مليون شخص بالغ (15 سنة أو أكثر) العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في عام 2020. ومن بين 2,5 مليون شخص بالغ متعاشين مع الفيروس في جنوب أفريقيا ولا يخضعون للعلاج، هناك نسبة متزايدة بشكل مطرد تتمثل في الأشخاص الذين بدأوا العلاج ولكنهم انقطعوا عنه (الشكل 2.3). وتعد الجهود المبذولة لدعم الأشخاص الذين يخضعون للعلاج من أجل استمرارهم في تلقي العلاج وتحقيق الكبت الفيروسي الدائم أمراً بالغ الأهمية لتحسين النتائج الصحية، وتعظيم الفوائد الوقائية للعلاج ومنع ظهور سلالات مقاومة للأدوية من فيروس نقص المناعة البشري. وقد قامت منظمة الصحة العالمية مؤخراً بتحديث مبادئها التوجيهية الخاصة بعلاج فيروس نقص المناعة البشري مع إصدار توصية جديدة لتتبع الأشخاص الذين انسحبوا من الرعاية وتقديم الدعم لإعادة إشراكهم (2)

الشكل 2.3 | المتعاشون مع فيروس نقص المناعة البشري ولا يخضعون للعلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، البالغون (15 سنة أو أكثر، جنوب أفريقيا، 2010-2020).



■ أشخاص بالغون (15 سنة أو أكثر) متعاشون مع فيروس نقص المناعة البشري ولم يتم تشخيصهم
■ أشخاص بالغون (15 سنة أو أكثر) متعاشون مع فيروس نقص المناعة البشري، تم تشخيصهم ولكنهم لم يبدأوا
■ العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية
■ أشخاص بالغون (15 سنة أو أكثر) متعاشون مع فيروس نقص المناعة البشري انقطعوا عن العلاج بمضادات
■ الفيروسات القهقرية

المصدر: Johnson LF, Dorrington RE. Thembisa version 4.4: a model for evaluating the impact of HIV/AIDS in South Africa. 2021 (<https://www.thembisa.org/>); Personal communication with Dr Leigh Johnson, Principal Modeller, Centre for Infectious Disease Epidemiology and Research, School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, South Africa, 2 June 2021

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

مجموعة متنوعة من البلدان تحقق الأهداف 90-90-90

حققت ثمانية بلدان على الأقل الأهداف 90-90-90 بالكامل بحلول نهاية عام 2020، ووصل 11 بلدًا آخر إلى ما يعادل 73% من كبت الحمل الفيروسي بين جميع المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري (الجدول 2.1). ويوضح تنوع هذه البلدان التسعة عشر أن هذه الأهداف الطموح يمكن تحقيقها عبر جميع مستويات الدخل والأوضاع الوبائية والمعايير الاجتماعية والثقافية.

الجدول 2.1 | البلدان التي حققت أهداف سلسلة علاج فيروس نقص المناعة البشري، 2020

مستويات الكبت الفيروسي (الجميع)	قيمة 90-90-90 (الرجال في سن 15 فما فوق)	قيمة 90-90-90 (النساء في سن 15 فما فوق) (95-98<-98<)	قيمة 90-90-90 (الأطفال سن . إلى 14)	قيمة 90-90-90 (الجميع)	
97	94-98<-94	95-98<-98<	91-98<-98<	95-98<-98<	إسواتيني
88				96-98<-93	سويسرا(أ)
89	96-98<-93	96-98<-96	89-98<-54	96-98<-93	رواندا
86	98<-97-90	81-98<-98<		96-98<-93	قطر(أ)
85	97-87-88	98<-98<-94.5	94-98<-62	98<-95-91	بوتسوانا
85				96-97-90	سلوفينيا
85	89-97-88	92-98<-96	78-98<-63	90-98<-91	أوغندا
85	94-92-90	95-94.9-94	73-98<-73	94-94-91	مالاوي
82	88-98<-92	91-98<-96	72-98<-72	89-98<-93	زيمبابوي
81	94-83-91	94-92-98<	86-98<-84	94-89-96	كينيا
80	89-94-86	93-98<-92	80-92-81	91-98-89.9	ناميبيا
81	97-98<-86	98-98<-82	88-98<-60	97-98<-84	كمبوديا
80	97-79-93	97-92-94.6	92-98<-83	97-87-94	ليسوتو
79	89-96-85	91-98<-98<	70-98<-31	89.7-98<-89	بوروندي
79					أوروغواي
79					النرويج
77	97-81-96	97-86-92	87-76-98<	97-84-94	تايلاند
76	93-95-84	94-94-89	84-98<-58	93-95-86	زامبيا
73	98<-87-84	98<-92-80		98<-88-84	كرواتيا

■ حققت الأهداف 90-90-90

■ حققت 73% فقط من الهدف المحدد لكبت الحمل الفيروسي

■ تبلغ الأهداف 90-90-90

■ البيانات غير متوفرة

المصدر: تحليل خاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

(أ) لا تتوافر بيانات حول تغطية الاختبارات والعلاج للأطفال. ولكن نظرًا لأن الأطفال المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري يمثلون أقل من 1% من إجمالي المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، فقد تم استخدام بيانات البالغين. ملحوظة: في تقرير آخر مستجدات وباء الإيدز في العالم لعام 2020، اغتنام الفرصة: معالجة أوجه اللامساواة المترسخة للقضاء على الأوبئة، كانت أستراليا وناميبيا وهولندا من بين البلدان التي حققت الأهداف 90-90-90 في عام 2019. غير أن البيانات الخاصة بعام 2020 تشير إلى أن ناميبيا لم تبلغ هذه الأهداف، ويرجع ذلك أساسًا إلى تخلف الأطفال عن الركب. ولم يكن لدى أستراليا وهولندا تقديرات كاملة بشأن السلسلة هذا العام. وفي نفس التقرير، كانت أيرلندا وإسبانيا من بين البلدان التي حققت الهدف المتمثل في كبت الحمل الفيروسي على جميع مستويات المجموعات السكانية. بيد أنه لم تتوفر أية بيانات حول الكبت الفيروسي في العام الحالي لأي من البلدين.

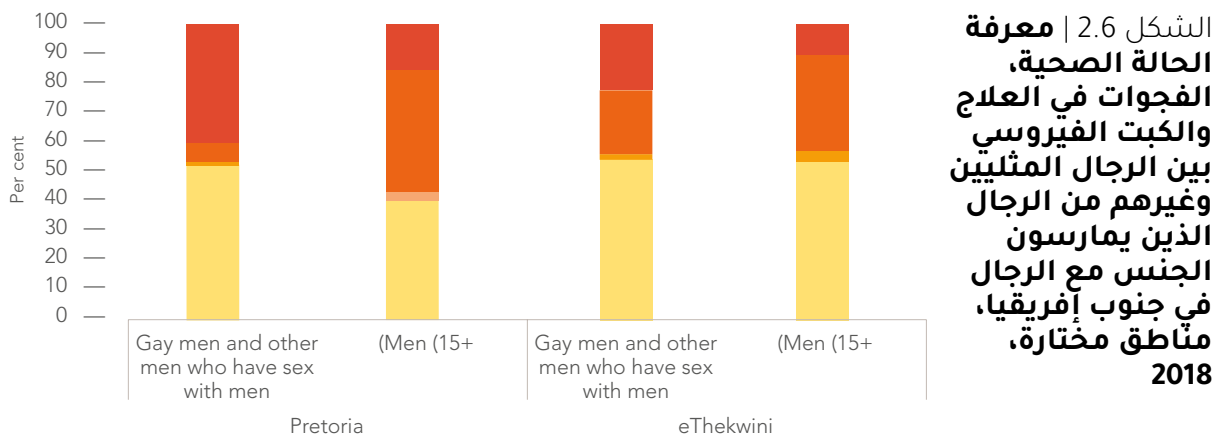
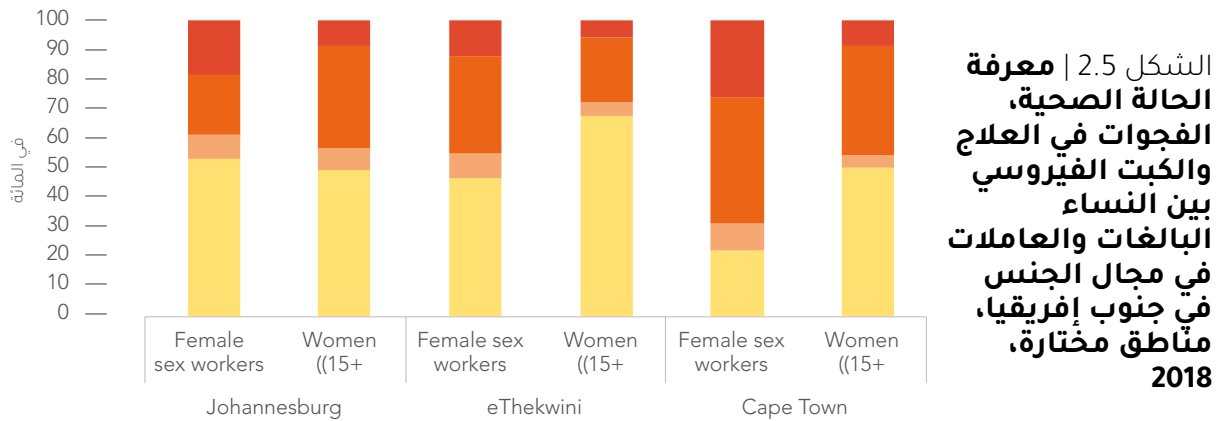
ملحوظة: تشير تقديرات نماذج برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إلى أنه في منطقة غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية، نجح أكثر من 73% من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري في كبت الحمل الفيروسي في عام 2020. ملحوظة: تم تقييم البلدان بأنها حققت الأهداف 90-90-90 في حال كانت نسبة التغطية >= 90.0. وبالتالي لا يعد الهدف محققًا إذا كانت نسبة التغطية 89.9. يرجى الاطلاع على الملحق الخاص بالمناهج للحصول على وصف لكيفية حساب التقديرات الإقليمية للأهداف الخاصة بالاختبار والعلاج. ملحوظة: في إسواتيني، تم تقدير معدلات الكبت الفيروسي لدى جميع المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري بنسبة أعلى قليلًا من معدلات الكبت الفيروسي لدى الأشخاص الذين يخضعون للعلاج بسبب عدم التأكد من عدد الأشخاص الذين يخضعون للعلاج وعدد المتعاشين مع الفيروس.

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

الفجوات التي تعتري اختبار وعلاج المجموعات السكانية الرئيسية

شكّل إيتاء خدمات اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري إلى المجموعات السكانية الرئيسية المتعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري تحدياً عبر المناطق. فحتى برامج فيروس نقص المناعة البشري التي تعمل بشكل جيد بشكل عام-كما هو الحال في جنوب إفريقيا-قد تعاني في هذا الصدد (الشكل 2.5). وتُظهر البيانات الواردة بشأن اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري من ثلاث مناطق حضرية في جنوب إفريقيا بشكل رئيسي أن التعاملات في مجال الجنس المتعايشات مع الفيروس كن على الدوام أقل احتمالاً لمعرفة حالتهم الصحية من النساء البالغات بشكل عام. وفي مقاطعتين، كان العاملون/العاملات في مجال الجنس المتعايشون مع الفيروس أقل عرضة بشكل ملحوظ لتلقي العلاج وتحقيق الكبت الفيروسي (9،8).

وعلى نحو مماثل، كان الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، أقل احتمالاً بكثير لمعرفة حالتهم الصحية بالمقارنة بمجموع السكان الذكور البالغين المتعايشين مع الفيروس (الشكل 2.6). لكن اللافت للنظر أن البيانات الواردة من مقاطعتي بريتوريا وإيثيكونيني تشير إلى أن الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال الذين يعلمون بحالتهم الإيجابية للفيروس كانوا من المرجح أكثر من غيرهم من الرجال الإيجابيين للفيروس أن يحصلوا على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية ويحققوا الكبت الفيروسي (9،8). وتؤكد التباينات على أهمية تكيف اختبار فيروس نقص المناعة البشري وخدمات العلاج على المستوى المحلي وفقاً للتحديات واحتياجات المجموعات السكانية الرئيسية التي تعيش في المنطقة.



■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين لا يعلمون بحالتهم الصحية
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعلمون بحالتهم الصحية ولكنهم لا يخضعون للعلاج
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يخضعون للعلاج ولكن لم يتحقق لديهم الكبت الفيروسي
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يخضعون للعلاج وتحقق الكبت الفيروسي لديهم

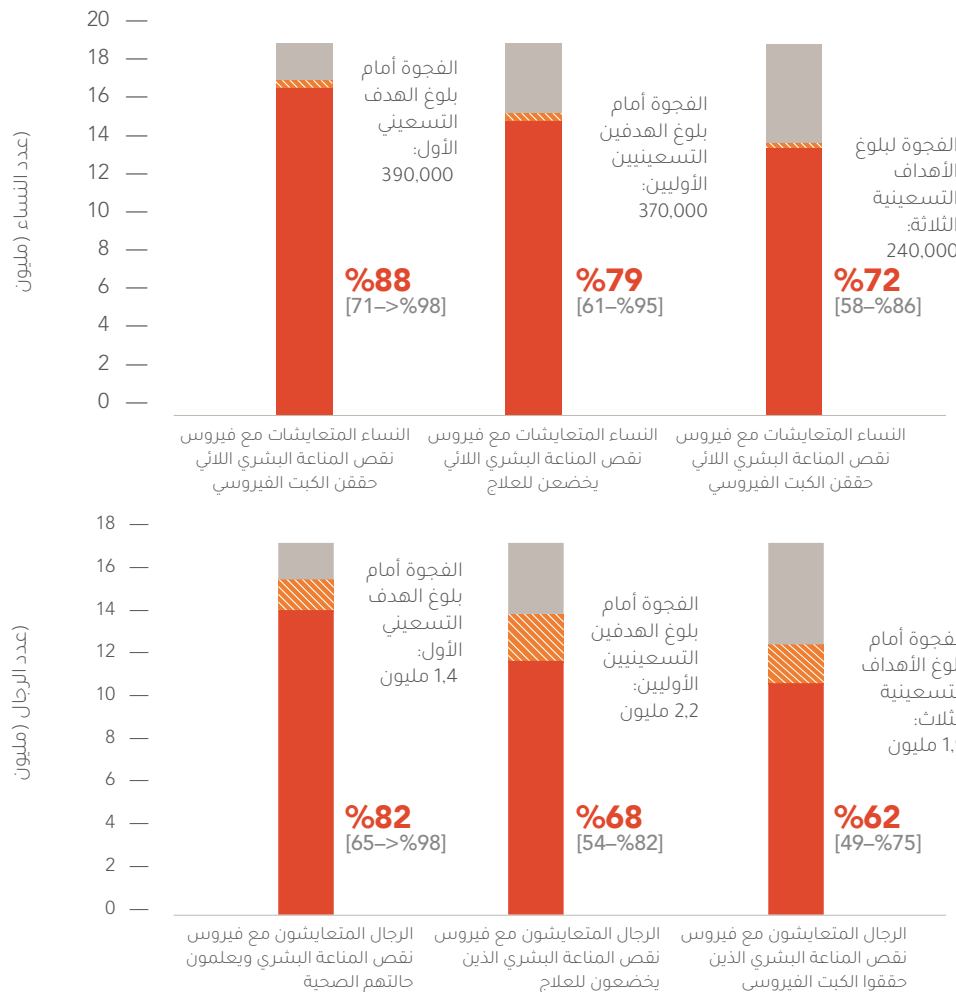
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

الرجال المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري غير المستفيدين من الخدمات

على الصعيد العالمي، تم بلوغ الأهداف 90-90-90 تقريبًا بين النساء البالغات (15 عامًا فما فوق) المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري، وقد تم تحقيقها في شرق وجنوب إفريقيا وفي غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية. ومع ذلك، فإن الرجال المتعايشين مع الفيروس دائمًا ما يكون وضعهم أسوأ من النساء عبر سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري. فبالمقارنة بالنساء المتعايشات مع الفيروس، هناك مليون رجل متعايش مع الفيروس لا يعلمون بحالتهم الصحية، و1,8 مليون رجل آخر يعلمون بحالتهم ولكنهم لا يتلقون العلاج، و1,6 مليون رجل آخر لم ينجحوا في كبت الحمل الفيروسي (الشكل 2.4).

وفي حين يمكن للأعراف الجنسية التي تقدر قوة الرجل ورباطة جأشه أن تقدم تفسيرًا جزئيًا لتأخر العديد من الرجال في التماس الرعاية، فإن ثمة عوامل أخرى تلعب دورًا في ذلك (3). تركز خدمات الرعاية الصحية الأولية في شرق وجنوب إفريقيا بشكل كبير على النساء في سن الإنجاب، وتوفر خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل نقاط دخول مثالية لخدمات فيروس نقص المناعة البشري؛ فيما تعد نقاط الدخول المماثلة للرجال غير شائعة (4، 5). وتتزايد التدخلات الرامية إلى الوصول إلى الرجال وإدماجهم في خدمات اختبار وعلاج الفيروس-بما في ذلك من خلال التدخلات في أماكن العمل وزيادة استخدام أساليب الاختبار الذاتي، ومن خلال توفير الخدمات في العيادات الخارجية-بيد أن الوصول إلى فهم أكثر دقة لأسباب تأخر استخدام الرجال لخدمات الفيروس، من شأنه المساعدة في صياغة طرق إضافية لسد هذه الفجوة (6، 7).

الشكل 2.4 | اختبار
وعلاج فيروس
نقص المناعة
البشري، النساء
(15 سنة أو أكثر)
مقارنة بالرجال
(15 سنة أو أكثر)،
على مستوى
العالم، 2020



بيانات فيروس نقص المناعة البشري

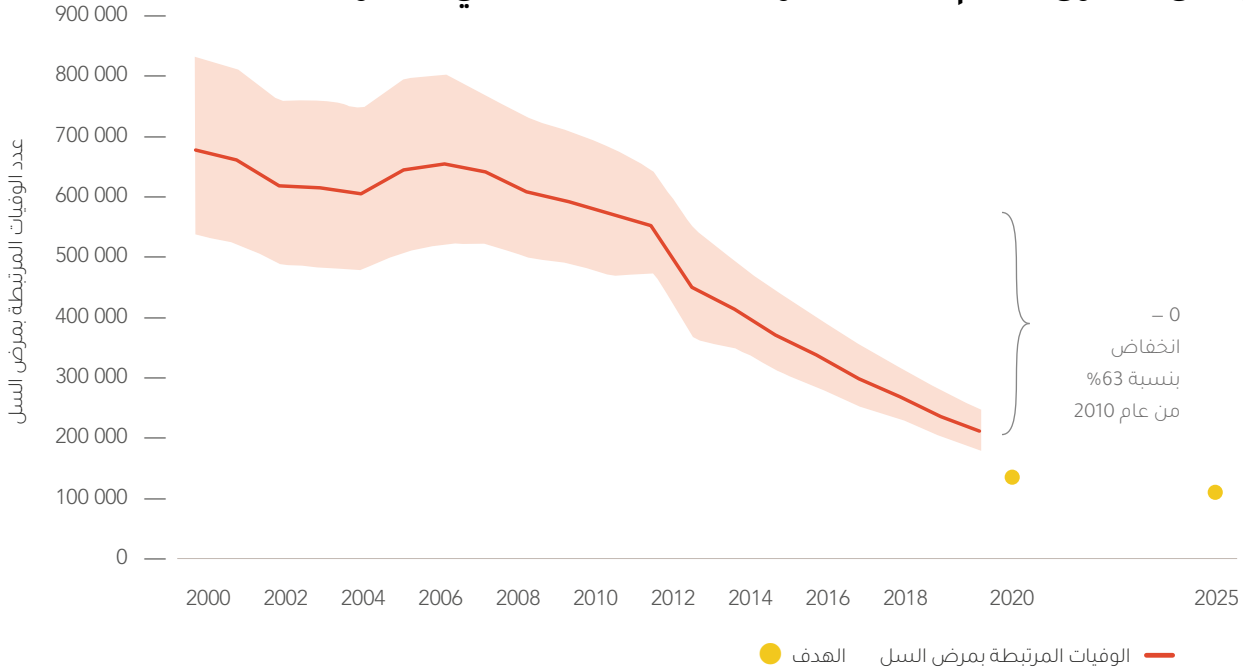
انخفاض وفيات السل بأكثر من النصف

في عام 2019، كان هناك ما يقدر بنحو 210,000 [177,000-242,000] حالة وفاة مرتبطة بالسل في صفوف المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وهو انخفاض بنسبة 63% منذ عام 2010، حيث حصد السل أرواح 470,000-680,000 شخص متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري (الشكل 2.8). ويدعو الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز إلى خفض معدل الوفيات بمرض السل بنسبة 80% بحلول عام 2025 (بالمقارنة بالمعدل المرجعي في عام 2010).

كان أكبر انخفاض في الوفيات الناجمة عن مرض السل بين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري في الهند (انخفاض بنسبة 83% منذ عام 2010)، وكينيا (انخفاض بنسبة 70%)، وجنوب أفريقيا (انخفاض بنسبة 77%) وجمهورية تنزانيا المتحدة (انخفاض بنسبة 71%). وتمثل تلك الإنجازات عشرات الآلاف من الوفيات التي تم تجنبها. ففي جنوب إفريقيا، على سبيل المثال، توفي ما يقدر بنحو 36,000 شخص من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري بسبب مرض السل في عام 2019، مقابل نحو 160,000 ألف حالة وفاة في عام 2010.

وتعد وتيرة التقدم أبطأ بكثير في كل من الكاميرون وجمهورية الكونغو الديمقراطية وأوغندا وزامبيا، وهي من بين 30 دولة مسؤولة عن 88% من جميع الوفيات المرتبطة بالسل في صفوف المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري في عام 2019.

الشكل 2.8 | عدد الوفيات المرتبطة بمرض السل بين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، على مستوى العالم، 2019-2000 والأهداف المحددة لعامي 2020 و2025



المصدر: تقرير السل العالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2020.
ملحوظة: حددت الجمعية العامة هدف عام 2025 في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز.

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

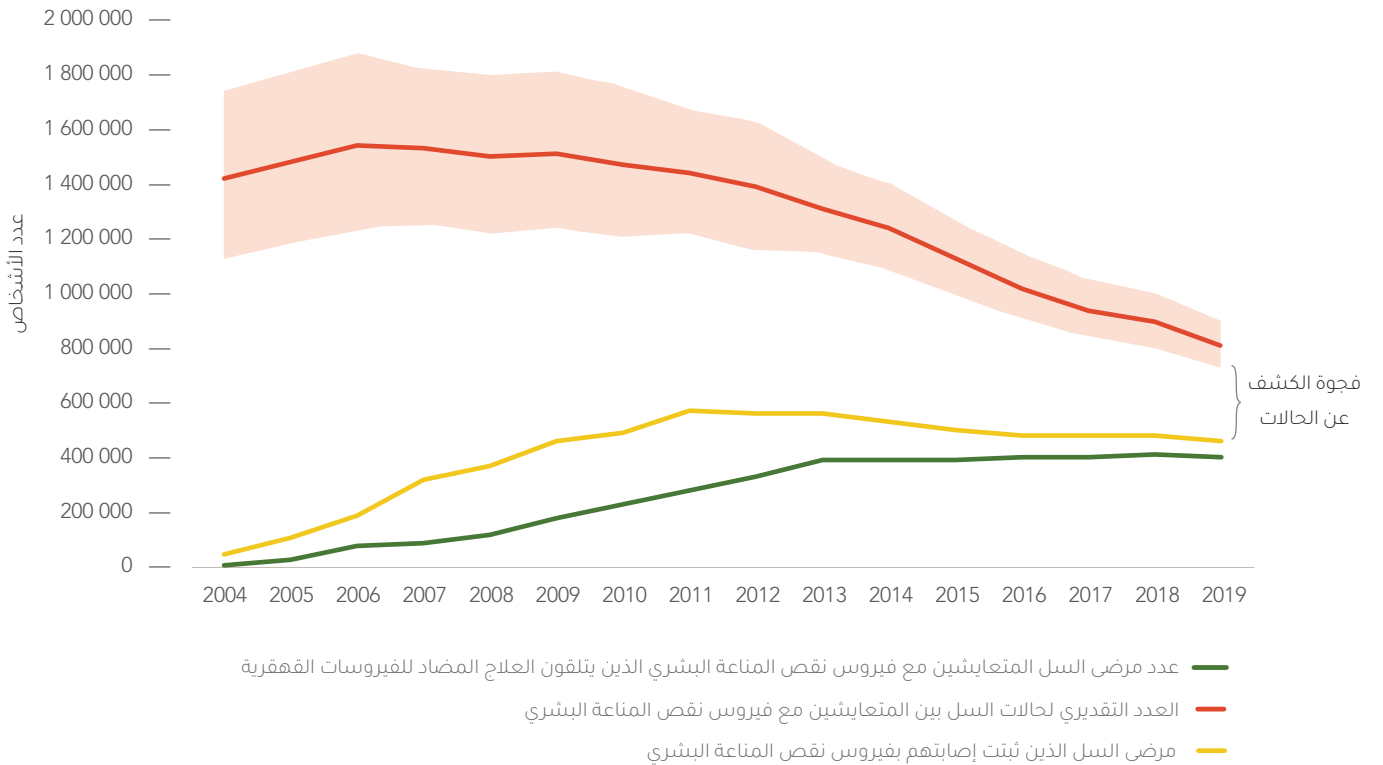
لا يزال السل
هو السبب
الرئيسي للوفاة
بين المصابين
بفيروس نقص
المناعة البشري.

انخفاض حالات السل بين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري

يعد السل من الأمراض التي يمكن الوقاية منها وعلاجها-ومع ذلك فهو لا يزال يودي بحياة الملايين كل عام ويظل السبب الرئيسي للوفاة بين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري (10)

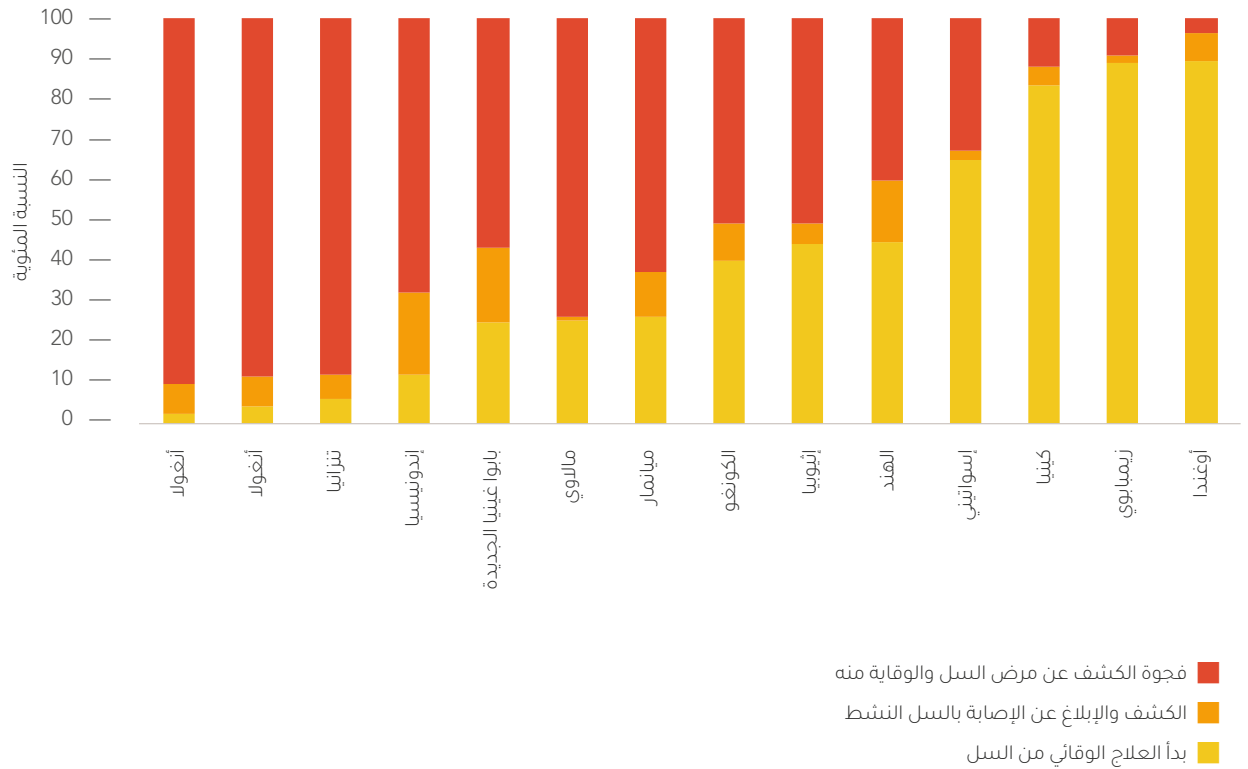
وقد تم إحراز بعض التقدم في السنوات الأخيرة: إذ حدث انخفاض مطرد في العدد التقديري لحالات السل بين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وزيادة تدريجية في عدد مرضى السل المتعاشين مع الفيروس والذين يخضعون للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية (الشكل 2.7). ومع ذلك، فقد تم تشخيص والإبلاغ عن 55% فقط من نحو 815,000 [729,000-906,000] حالة إصابة بالسل على مستوى العالم بين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري في عام 2019. وقد تم ربط 88% من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري وحالات السل التي تم تشخيصها والإبلاغ عنها بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية (10).

الشكل 2.7 | حالات السل الجديدة والانتكاسات التي تم الإبلاغ عنها والمتنقلة الإيجابية لفيروس نقص المناعة البشري، وعدد الأشخاص الخاضعين للعلاج المضاد للفيروسات والعدد التقديري لحالات مرض السل بين المتعاشين مع الفيروس، 2004-2019



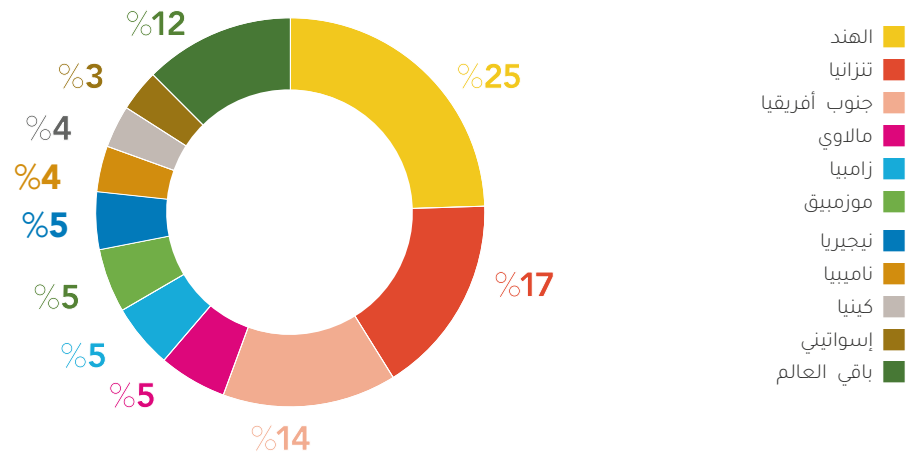
المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>): تقرير مرض السل العالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2020.

الشكل 2.10 | النسبة المئوية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المسجلين حديثاً لتلقي العلاج والذين تم اكتشاف والإبلاغ عن إصابتهم بمرض السل النشط أو بدأوا العلاج الوقائي من مرض السل، الفجوة، بلدان مختارة، 2019



المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org>) : تقرير مرض السل العالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2020. ملحوظة: البلدان المدرجة هي من بين 30 دولة ذات عبء مرتفع من السل/ فيروس نقص المناعة البشرية ولديها بيانات متاحة عن عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المسجلين حديثاً في علاج الفيروس. وأولئك الذين تلقوا علاجاً وقائياً من السل، وأولئك الذين تم اكتشافهم وإخطارهم بإصابتهم بمرض السل النشط خلال الفترة المشمولة بالتقرير. وتمثل هذه البلدان نحو 37% من حالات الإصابة بالسل بين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية في عام 2019.

الشكل 2.11 | توزيع المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية والذين تلقوا علاجاً وقائياً لمرض السل، حسب البلد، 2019-2004



المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org>) : تقرير مرض السل العالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2020.

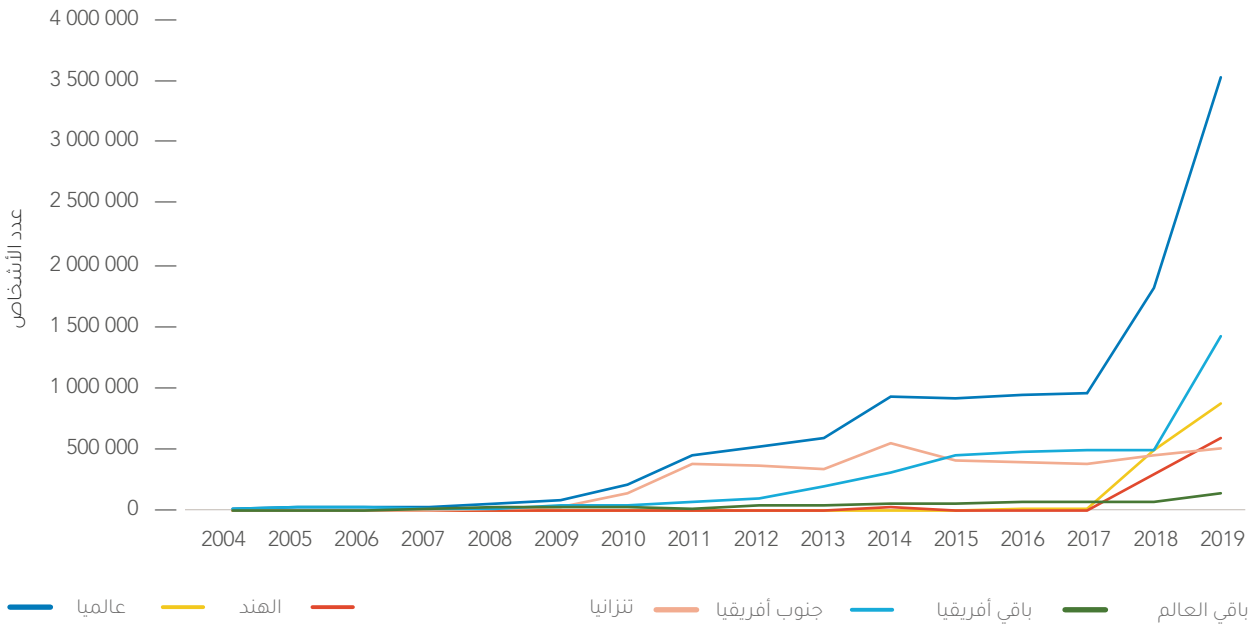
زيادات حادة في العلاج الوقائي لمرض السل

في أول اجتماع رفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن السل في عام 2018، تعهدت الدول الأعضاء بتوفير العلاج الوقائي من السل لما لا يقل عن 30 مليون شخص في فترة الخمس سنوات 2018-2022، بما في ذلك 6 ملايين شخص من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وقد تم إحراز تقدم كبير، حيث حدثت زيادات حادة في الهند والعديد من البلدان الأفريقية جنوب الصحراء (الشكل 2.9). وفي بعض البلدان-لا سيما كينيا وأوغندا وزيمبابوي-بدأت أيضًا نسبة كبيرة من الأشخاص الذين بدأوا علاج فيروس نقص المناعة البشري مؤخرًا في عام 2019 في تلقي العلاج الوقائي من السل (الشكل 2.10).

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

تفيد البيانات التي أبلغت عنها 75 دولة بأن 3,5 مليون شخص يتلقون علاجًا لفيروس نقص المناعة البشري قد تلقوا علاجًا وقائيًا من السل في عام 2019، أكثر من نصفهم في ثلاثة بلدان (الهند وجنوب إفريقيا وجمهورية تنزانيا المتحدة) (الشكل 2.11). وفي عامي 2018 و2019، تم تزويد ما يقدر بنحو 5,3 مليون شخص من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري بالعلاج الوقائي من السل - 88% من هدف الخمس سنوات (10). ولكن الهدف الوارد في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز أكثر طموحًا، حيث يهدف إلى حصول ما لا يقل عن 90% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري على العلاج الوقائي من السل بحلول عام 2025. وسيتطلب تحقيق هذا الإنجاز من العديد من البلدان التي تنوء بعبء ثقل لمرض السل وفيروس نقص المناعة البشري أن تجري تحسينات سريعة.

الشكل 2.9 | المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تلقوا علاجًا وقائيًا لمرض السل، 2019-2004

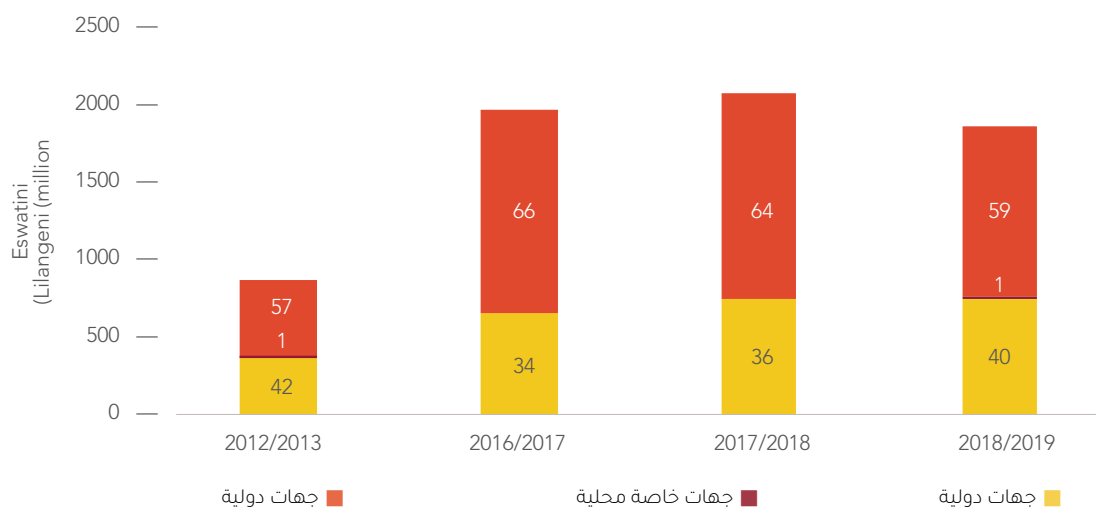


المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>): تقرير مرض السل العالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2020.
ملحوظة: حتى عام 2016، أبلغت البلدان عن عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري المسجلين حديثًا في رعاية فيروس نقص المناعة البشري والذين تلقوا علاجًا وقائيًا لمرض السل. واعتبارًا من عام 2017، يمكن للبلدان الإبلاغ عن عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري المسجلين حديثًا وأو حاليًا في رعاية فيروس نقص المناعة البشري والذين تلقوا علاجًا وقائيًا لمرض السل.



بعض النساء أثناء زيارتهن إلى عيادة صحة الأم والطفل التي تديرها جمعية الحياة الأسرية في إسواتيني.
الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

الشكل 2.12 | مصادر الإنفاق على مكافحة فيروس نقص المناعة البشري في إسواتيني، 2012/2013 إلى 2018/2019



المصدر: البيانات التي قدمها المجلس الوطني للاستجابة لحالات الطوارئ بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز، مايو/أيار 2021.
ملحوظة: 1 مليون ليلانغيني إسواتيني = 72,817 دولارًا أمريكيًا (أسعار الصرف المعمول بها في الأمم المتحدة، يونيو/حزيران 2021؛ انظر: <https://treasury.un.org/operationalrates/OperationalRates.php>).

دراسة حالة

"فيروس نقص المناعة البشري هو مصدر قلقنا الجماعي": كيف وصلت إسواتيني إلى الأهداف 95-95-95

يعد معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري في إسواتيني من أعلى المعدلات في العالم؛ ففي عام 2020، بلغت نسبة الأشخاص البالغين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في هذا البلد الصغير الواقع في الجنوب الأفريقي 27%. ومن اللافت للنظر أن إسواتيني قد حققت بالفعل بالنسبة لمجموع سكانها الأهداف 95-95-95 الخاصة باختبار فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة مؤخرًا كهدف لعام 2025 لجميع المجموعات السكانية ذات الصلة.

ومن أصل 200,000 شخص من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في إسواتيني في عام 2020 (62% منهم نساء وفتيات)، كان أكثر من 98% يعلمون بحالتهم الإيجابية للفيروس، وأكثر من 98% من الأشخاص الذين يعلمون بحالتهم الإيجابية للفيروس خضعوا للعلاج، و95% من الأشخاص الذين تلقوا العلاج حققوا الكبت الفيروسي (11). كما كان الأداء رفيعًا عبر السلسلة بالنسبة للمجموعات السكانية الفرعية أيضًا، لكن الفجوات كانت أكبر في صفوف الأطفال والرجال البالغين.

وقد وفرت القيادة السياسية القوية الزخم لهذا النجاح. فعندما أعلن الملك مسواتي الثالث أن فيروس نقص المناعة البشري يمثل حالة طوارئ وطنية في عام 1999، أعلن أن "فيروس نقص المناعة البشري هو شاغلنا الجماعي". وكانت هذه الدعوة إلى العمل سببًا في إطلاق حملة وطنية للسيطرة على الوباء (12). وانعكس هذا الالتزام من جانب القيادة في إنشاء المجلس الوطني للاستجابة للطوارئ بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز (NERCHA) في مكتب رئيس الوزراء في عام 2001 ومن خلال مخصصات متسقة في الميزانية المحلية؛ على مدى السنوات العشر الماضية، كان نحو 40% من ميزانية الدولة الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري يأتي من مصادر محلية (الشكل 2.12).

وفي عام 2004، تم تجريب برنامج العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في إسواتيني وتوسيع نطاقه من قبل وزارة الصحة، بدعم من العيادات الصحية الخاصة وبعض الشركات. وقدم المانحون وشركاء التنمية الآخرون-ولا سيّما وكالات الأمم المتحدة والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي) وخطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز (PEPFAR) والاتحاد الأوروبي-التمويل والمساعدة التقنية لبرامج فيروس نقص المناعة البشري والبرامج الاجتماعية والاقتصادية ذات الصلة. وتتبنى عناصر الاختبار والعلاج في الخطة الوطنية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري نهجًا متعدد القطاعات يشرك الحكومة ومنظمات المجتمع المدني والشبكات المجتمعية والشركاء التنمويين.



المصلق الدعائي الخاص بحملة 'فيروس نقص المناعة له أهميته أثناء جائحة كوفيد-19' الصورة: المجلس الوطني للاستجابة للطوارئ بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز

على الحماية الاجتماعية، وتعزيز النظم والأمن الغذائي، وإنشاء نقاط خدمة مجتمعية، ونظام شامل لدعم الأيتام وغيرهم من الأطفال الأكثر عرضة لخطر الإصابة (15).

ويحدد التمويل الوارد من خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي، أولويات الموارد للمناطق التي تم فيها تحديد الفجوات من خلال تحليل الفجوات المالية والبرنامجية، ومن شأن ذلك أن يحد من الازدواجية، ويعزز الإنصاف ويسمح بتوسيع تغطية البرنامج. وفي الوقت ذاته، ساعد التمويل المستدام إيسواتيني على تجنب نفاد مخزون الأدوية، وبناء ثقة الجمهور في برنامج العلاج والحد من حالات تعطل العلاج.

وقد كان التأثير هائلاً؛ إذ انخفض معدل الوفيات المرتبطة بالإيدز بنسبة 53% بين عامي 2010 و2020، بإجمالي 2400 حالة وفاة لأسباب مرتبطة بالإيدز في عام 2020، وهو أدنى معدل منذ منتصف تسعينيات القرن العشرين. كما ساهم نجاح العلاج في حدوث تراجع حاد في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري، والتي انخفضت بنسبة 64% بين عامي 2010 و2020.

وأدرجت الحملات الإعلامية في جهود الحشد المجتمعي، مما ساعد على تغيير المواقف حول فيروس نقص المناعة البشري والحد من الوصم والتمييز. وكان من اللافت أيضاً مساهمة المنظمات الدينية، التي ساعدت على توصيل الخدمات المرتبطة بالفيروس وغيرها من الخدمات إلى المجتمعات النائية. وأدى التحول نحو بدء العلاج بإدارة الممرض إلى حدوث طفرة في أعداد الأشخاص الذين بدأوا العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، كما فعل اعتماد نهج الاختبار والبدء في عام 2015، الذي نفذه مستشارون وموظفون سريريون مُعاد تدريبهم (14).

ولضمان استفادة المجموعات السكانية المهمشة والمقيمة في أماكن نائية، قامت إيسواتيني بتعديل استراتيجيتها الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري لإعطاء الأولوية للمشاركة المجتمعية والنهج القائمة على الحقوق التي تصل إلى المجموعات السكانية الرئيسية (15).

وقد أثبت تقديم خدمات متميزة فعاليتها في إزالة بعض المثبطات المتبقية فيما يتعلق بالاختبار والعلاج، والحد من الاكتظاظ في المرافق الصحية (16). وأصبحت الخدمات أكثر مرونة لتلائم احتياجات وتفضيلات المجموعات السكانية المتنوعة: تم توسيع الخدمات الملائمة للشباب (إلى جانب الشبكات المجتمعية لدعم علاج المراهقين، مثل نوادي المراهقين)، وتم استخدام العيادات المتنقلة وخدمات التوعية للمجموعات السكانية الرئيسية (كما يعد دعم الأقران المجتمعي عنصراً مهماً) (17).

وخلال جائحة كوفيد-19، أُجري المزيد من التعديلات في برنامج الاختبار والعلاج، بحيث صارت الوصفات الطبية الآن تغطي فترة 3-6 أشهر من الإمدادات من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية (18). كما تم توسيع نطاق الاختبار الذاتي، مع توفير حقيبة الأدوات في الصيدليات والأماكن المجتمعية وأمام محلات الأغذية (19).

ربط فيروس نقص المناعة البشري بالتنمية

نضج برنامج الاختبار والعلاج في إيسواتيني على خلفية التحولات الاستراتيجية المهمة، مثل الانتقال من الرعاية الاجتماعية إلى التنمية الاجتماعية، وتضع استراتيجية إيسواتيني للتنمية الوطنية الأولوية للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في صدارة التقدم الإنمائي في البلاد. وقد أدى ذلك إلى زيادة التركيز

التوعية؛ حيث كان قد تم تشخيص إصابته بفيروس نقص المناعة البشري في تسعينيات القرن العشرين.

ويقول "ماغاولا" "أحرص دائمًا على أن أضرب المثل بنفسي من خلال إجراء اختبار طوعي للكشف عن الفيروس مع جميع أفراد أسرتي، بما في ذلك الأطفال. ونتيجة لذلك، خضع العديد من الأشخاص لاختبارات فيروس نقص المناعة البشري داخل هذا المجتمع المحلي، وبالتالي، فإننا نجني فوائد معرفة حالتنا الصحية فيما يتعلق بالفيروس".

ويقع جزء كبير من العمل اليومي لبرنامج التدبير العلاجي على عاتق وزارة الصحة؛ حيث اعتمدت اللامركزية في توزيع الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وغيرها من الأدوية، وأدخلت نظام الاختبارات المجتمعية للكشف عن الفيروس، وأتاحت مؤخرًا الاختبار الذاتي. وقد تم دمج الخدمات في المرافق الصحية، حتى يتمكن المتعايشون مع الفيروس من تلقي خدمات فيروس نقص المناعة البشري والسل والصحة الجنسية والإنجابية في زيارة واحدة إلى العيادة أو المستشفى.

تعتمد الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري اللامركزية من خلال لجان التنسيق الإقليمية متعددة القطاعات المعنية بالفيروس، والتي تستفيد أيضًا من الأدوار البارزة التي يضطلع بها الزعماء والسلطات العرفية الأخرى لتعزيز تدابير الاستجابة المحلية للفيروس وتعزيز المشاركة المجتمعية.

وفي عام 2017، صرح السيد سيبونجيل ندليلا سايميلان، وزير الصحة في إسواتيني "إن تغيير السلوك الثقافي أمر معقد للغاية، لذلك قررنا استخدام جوانب الثقافة السوازية وأدوار الزعماء التي قد تفيد في هذا المسعى (13)". وعلى نحو مماثل، فإن مبادرة تحالف العُمد بشأن العمل المجتمعي على المستوى المحلي، تشارك بشكل مكثف في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في المجتمعات الحضرية.

ويستقي الزعيم "جوبيفاتي ماغاغولا" من نياكاتفو في شمال مقاطعة هوهو، المعلومات من تجاربه الشخصية حينما يقوم بثقيف الجمهور حول الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري واختبار الكشف عنه وعلاجه في اللقاءات المجتمعية وفعاليات حملات



تلعب منظمات المجتمع المدني دورًا رئيسيًا في مكافحة فيروس نقص المناعة البشري من خلال الوصول إلى أعداد كبيرة من الناس من خلال الفعاليات الثقافية وحملات التوعية. الصورة: المجلس الوطني للاستجابة للطوارئ بشأن فيروس نقص المناعة البشري والإيدز



سيبوسيسو سونغكا، أحد المدربين في مشروع المدرب مبيلو Coach Mpilo، وهو يساعد الرجال المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري على العيش بشكل جيد وصحي.
الصورة: مؤسسة PSI جنوب أفريقيا

دراسة حالة

تغيير الطريقة التي نخاطب بها الرجال

يعد احتمال التماس الرجال في جنوب إفريقيا لخدمات فيروس نقص المناعة البشري أقل منه بين النساء، ويشمل ذلك اختبار فيروس نقص المناعة البشري وبدء العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والاستمرار فيه (20). كما أن نتائج الرجال الصحية المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشري أسوأ بكثير من نتائج النساء. وعادة ما يتم إلقاء اللوم على الرجال وما يسمى بذكورية الرجل القوي التي تشجعهم على التخلي عن خدمات الفيروس والخدمات الصحية الأخرى.

ومع ذلك، فإن الجهود المبذولة للإيحاء بالاعتماد على الذات ورباطة الجأش والقدرة على الصمود مهما كانت الظروف غالبًا ما تخفي واقعًا أكثر ضعفًا. كما اكتشف الباحثون في مشروع "كسر الحلقة" (Breaking the Cycle) في معرض بحثهم عن طرق لتحسين استخدام خدمات فيروس نقص المناعة البشري المنقذة للحياة بين الرجال² وقد أجروا مقابلات مع أكثر من 2000 رجل لاستطلاع آرائهم وتجاربهم الخاصة بالفيروس، وخلصت النتائج التي توصلوا إليها إلى دحض العديد من الافتراضات الشائعة حول الرجال وخدمات الفيروس. مع تأكيد الرؤى الأولية المستقاة من البحث النوعي الذي أجري في عام 2019.

ووجد الباحثون أن مواقف الرجال التي تبدو عنيدة أو غير مبالية فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشري، غالبًا ما تكون قناعًا لإخفاء مخاوف عميقة (21). ويميل الرجال في جنوب إفريقيا إلى ربط الفيروس بالهجر والفقدان: حتى العلاج يُنظر إليه على أنه علامة وصم تجعلهم منبوذين وحيدين. وغالبًا ما يحمل تقليد الصور النمطية للجسارة والاكتفاء الذاتي ثمن العزلة العاطفية: فقلة من الرجال لديهم شخص يمكنهم اللجوء إليه للحصول على الدعم في التعامل مع تشخيص فيروس نقص المناعة البشري. كما يتوقع العديد من الرجال أن يمروا بتجارب غير سارة في العيادات الصحية التي يرون أنها مساحات لإصدار الأحكام وليست لتقديم الدعم والمشورة.

2 تم تمويل مشروع "كسر الحلقة" من قبل مؤسسة بيل وميليندا جيتس وتولى تنفيذه كل من مؤسسة PSI ومعهد IPSOS لاستطلاعات الرأي ومؤسسة Matchboxology

حملة MINA. For Men. For Health "من أجل الرجال، من أجل الصحة" التي قامت بتنفيذها خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز ووزارة الصحة الوطنية بجنوب إفريقيا.⁴

المكالمات الهاتفية ومحادثات الواتساب. ووجدوا أن ربط دعم العلاج بتوجيهات عملية وأمنة أثناء تفشي الوباء أعطى للرجال دافعًا ملموسًا أكثر من الأهداف المجردة المتمثلة في 'حياة أطول' أو 'نتائج صحية أفضل'. وقادهم ذلك إلى توسيع نطاق تركيزهم ليشمل مساعدة الرجال على البقاء بصحة جيدة بشكل عام والمساعدة في التوعية بكوفيد-19 وإجراء الفحوصات ذات الصلة. وقد كان للشعارات مثل "تأكد من أنك تتناول علاجك (إيميلو) لتعزز مناعتك!" بالغ الأثر في نفوسهم (23).

ويجري حاليًا تنفيذ نموذج المدري مبيلو على نطاق واسع من قبل شركاء خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز في جنوب إفريقيا في إطار

أحد ملصقات التوعية بمشروع المدرب مبيلو لدعم الأقران معلق في العيادات. الصورة: PSI جنوب أفريقيا

I CAN HELP YOU GET BACK IN THE GAME

LET ME HELP YOU STAY ON YOUR MEDS.
Having the courage to get tested is great. Knowing that HIV is not the end of the world is even better. I know because I've been there. I took charge of my health, stayed on my meds and asked for support. Today, I'm doing better than ever. And if you let me, I'll show you how you can deal with it too.

Contact me

No judgement. Private. Confidential.
Take my number and let me help you.

MINA
For Men. For Health.

COACH MEDS
SUSA DANI DISE

Health
Department of Health
REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

NDP

⁴ تعمل MINA في أكثر من 360 منشأة في جميع أنحاء البلاد. وتشمل حملة إعلامية وصلت إلى أكثر من 20 مليون مستخدم على وسائل التواصل الاجتماعي وما يصل إلى 74% من المجموعات السكانية الرئيسية المستهدفة من الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و39 عامًا على الراديو. يمكن الاطلاع على نظرة عامة على حملة MINA على <https://menstarcoalition.org/lost-to-follow-up/mina-for-men-for-health>.

من مديري حالات إلى مدربين

الاسترشاد بالرؤى التي خلصت إليها دراسة Breaking the Cycle في تصميم نموذج جديد لدعم الأقران يسمى Coach Mpilo (أو المدرب مبيلو)، في إشارة إلى كلمة الزولو التي تعني 'الصحة' و'الحياة'. يربط المدرب مبيلو الرجال بغيرهم من الرجال الذين يفهمون ما يمرون به والذين يمكنهم تقديم دعم ملموس. ويعيد النموذج صياغة مستشاري فيروس نقص المناعة البشري أو مديري الحالات كمدرسين وموجهين يقدمون الدعم والتوجيه من واقع تجاربهم الشخصية.

يربط المدرب مبيلو بين الرجال المتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري، الذين يحتاجون إلى الدعم من أجل الالتزام بالعلاج، والرجال الذين نجحوا في كبت الحمل الفيروسي والذين يمكنهم تقديم دليل حي على أن الرجل الذي يحمل فيروس نقص المناعة البشري يمكنه أن يعيش حياة سعيدة وطبيعية. والهدف من ذلك هو مساعدة الرجال على التغلب على الشعور بالعزلة واليأس الذي يملكهم غالبًا بعد تشخيص إصابتهم بالفيروس، وتعزيز المواقف الإيجابية والثقة بشأن العلاج من الفيروس، وتحسين تجارب الرجال وحصائلهم العلاجية. ويعيش المدربون وسط مجتمعاتهم المحلية حيث يعملون عن كثب مع موظفي العيادات، ويتلقون الحالات من الممرضات والممرضين، ويرافقون الرجال إلى زيارات العيادة عند الاقتضاء، ويساعدونهم في التغلب على العوائق التي تحول دون الاستبقاء والالتزام بالعلاج.

"أعلم أن هناك الكثير من الضوء بعد التشخيص؛ وأمل أن أشارك الآخرين هذا الضوء"، هكذا قال أحد المدربين العاملين في منطقة إهلنزيني في مقاطعة مبومالانغا.

تم تجريب المدرب مبيلو في ثلاث مناطق في جنوب إفريقيا على مدار سبعة أشهر خلال عام

2020. وشارك في التجربة 120 مدربًا وأكثر من 3800

رجل، معظمهم تتراوح أعمارهم بين 20 و50 عامًا³. ولقد كانت مقبولة وفعالة للغاية: فبمواجهة الأفكار السلبية المسبقة لدى الكثير من الأشخاص حول فيروس نقص المناعة البشري، يعمل المشروع على تقليل الوصم المرتبط بالفيروس ومساعدة الرجال على تقدير فوائد بدء العلاج والاستمرار فيه.

ويروي شاب من منطقة أوغو في مقاطعة كوازولو ناتال: "اتصلت بالرقم الموجود على ملصق المدرب مبيلو، وبعد يومين التقيت بأحد المدربين، فلم أكن لأصدق أن الرجل يمكنه أن يتعايش علنًا مع فيروس نقص المناعة البشري وأن يبدو بحالة جيدة".

وقد كان معدل الإقبال على العلاج 94% من الرجال الذين تم تشخيصهم حديثًا، وبعد سبعة أشهر كان 95% من المشاركين لا يزالون يخضعون لعلاج فيروس نقص المناعة البشري. وقام نحو واحد من كل ستة مشاركين (16%) بإيقاف العلاج مرة واحدة على الأقل ولكن-وبشكل حيوي-أعيد أكثر من 80% من أولئك الذين توقفوا عن العلاج المضاد للفيروسات القهقرية إلى العلاج بحلول نهاية التجربة (22).

وقال العديد من المشاركين الذين تمت مقابلتهم في نهاية البرنامج التجريبي إن مواقف الأسرة والمجتمع تجاه فيروس نقص المناعة البشري قد تغيرت من خلال تفاعلهم مع المدربين.

ويدرك العاملون في مجال الرعاية الصحية أيضًا قيمة الصراحة والثقة التي يمكن لهذا النوع من النهج أن يخلقها. وتوضح إحدى الممرضات من منطقة أوغو: "عندما أرى أحد المدربين يتحدث إلى رجل، أعلم أنه يقول له أشياء يستحيل علينا قولها. فهم يستمعون إلى المدرب ويجيبونه. فقد نكون في حاجة إلى تغيير الطريقة التي نخاطب بها الرجال".

والجدير بالذكر أن هذه النتائج تحققت خلال جائحة كوفيد-19. فعندما بات الاتصال المباشر مستحيلًا، ظل المدربون على اتصال بالمشاركين من خلال

³ قامت مؤسسة PSI و Matchboxology بتجربة النموذج مع الشركاء المنفذين Right to Careg BroadReach Healthcare ووزارة الصحة الوطنية في جنوب إفريقيا.



سيدريك نينينهازوي، مدير البرامج في Y + Global، الشبكة العالمية للشباب المتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري.
الصورة: الشبكة العالمية للشباب المتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري

دراسة حالة

الحقن طويلة المفعول تقدّم خيارًا جديدًا للعلاج

تعد الأدوية طويلة المفعول التي تؤخذ حقنًا وتُستخدم كعلاج مضاد للفيروسات القهقرية تطورًا جديدًا ومثيرًا قد يساعد في تسهيل الأمر على الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري للاستمرار في كبت الحمل الفيروسي والبقاء بصحة جيدة. وبدلاً من تناول الأقراص عن طريق الفم كل يوم، يأخذ الشخص الحقن كل شهر أو شهرين، حسب المقرر العلاجي.

وتشير نتائج العديد من الدراسات السريرية التي أجريت-ATLAS وFLAIR وATLAS-2M إلى أن النسخ القابلة للحقن من حبوب كابوتيفير وريليفيرين المضادة للفيروسات القهقرية فعالة ومواصفات مأمونيته مقبولة عند استخدامها كنظام علاج ثنائي. وقد أظهرت نتائج المرحلة الثالثة من تجارب AT-LAS وFLAIR أن الإصدارات القابلة للحقن (التي يتم تناول جرعاتها إما شهريًا أو كل شهرين) كان لها نفس الفاعلية في الحفاظ على كبت الفيروس مثل نظم العلاج التي تقوم على تناول ثلاثة أدوية عن طريق الفم على مدار فترة دراسة مدتها 96 أسبوعًا، مع تضائل معدلات الفشل الفيروسي (24، 25).

وأظهرت تجربة المرحلة الثالثة ب ATLAS-2M أن إعطاء حقن كابوتيفير وريليفيرين كل شهرين يثبط الفيروس وكذلك تفعل الحقن الشهرية. وبالنسبة لكلا النظامين، ظل الحمل الفيروسي لدى 94% من المشاركين في الدراسة غير قابل للاكتشاف بعد 48 أسبوعًا، وفقًا للبيانات التي تم الإبلاغ عنها في عام 2020 (26). وتشير البيانات التي تم الإبلاغ عنها مؤخرًا من دراسة ATLAS-2M إلى الحفاظ على الفعالية على مدى فترات أطول؛ فبعد مرور عامين، تمكن 90% من المشاركين في المجموعة التي تأخذ الحقن مرة واحدة شهريًا و91% من المشاركين في المجموعة التي تأخذ الحقن كل شهرين من الحفاظ على الكبت الفيروسي (27).

وقد تبين أن نظم الحقن جيدة التحمل بشكل عام، حيث كانت تفاعلات موضع الحقن هي الآثار الجانبية الأكثر شيوعًا. وتمت الموافقة على الجرعات الشهرية من كابوتيفير وريليفيرين من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية، فيما اعتمدت وكالة الأدوية الأوروبية والسلطات التنظيمية في كندا وأستراليا على الجرعات الشهرية وكذلك على الجرعات كل شهرين.

1. Johnson LF, Dorrington RE. Thembisa version 4.4: a model for evaluating the impact of HIV/AIDS in South Africa. 2021 (<https://www.thembisa.org/>).
2. Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Blind spot—reaching out to men and boys. Geneva: UNAIDS; 2017.
4. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *J Int AIDS Soc*. 2020;23:e25517.
5. Cornell M, Majola M, Johnson LF, Dubula-Majola V. HIV services in sub-Saharan Africa: the greatest gap is men. *Lancet*. 2021;397(10290):2130-2.
6. Tanser FC, Kim HY, Mathenjwa T, Shahmanesh M, Seeley J, Matthews P et al. Home-based Intervention to Test and Start (HITS): a community-randomized controlled trial to increase HIV testing uptake among men in rural South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(2):e25665.
7. Dovel K, Shaba F, Oforjebe OA, Balakasi K, Myirenda M, Phiri K et al. Effect of facility-based HIV self-testing on uptake of testing among outpatients in Malawi: a cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2020;8:e276-e287.
8. South African Health Monitoring Survey, 2018.
9. South Africa District HIV Estimates, 2017 (<https://www.hivdata.org.za/>).
10. Global tuberculosis report 2020. Geneva: WHO; 2020.
11. Eswatini HIV estimates and projections report. Mbabane: Ministry of Health [Eswatini]; 2020.
12. Kitchen PJ, Bärnighausen K, Dube L, Mnisi Z, Dlamini-Nqeketo S, Johnson CC et al. Expansion of HIV testing in Eswatini: stakeholder perspectives on reaching the first 90. *Afr J AIDS Res*. 2020;19(3):186-97.
13. UNAIDS PCB learns about the response to HIV in Swaziland. In: UNAIDS.org [Internet]. 28 November 2017. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/november/20171128_PCB_field_visit_swaziland).
14. Vanderwal E, Benserga W, Lukhele N. Maximizing same-day antiretroviral treatment (ART) initiations by implementing an HIV testing and ART initiation escalation plan. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PEE1576.
15. Mabuza K, Dlamini T. History of the HIV epidemic and response in Swaziland. *Afr J AIDS Res*. 2017;16(4):v-ix.
16. Hughey A, Tailor J, Hetterna A, Rabkin M, Preko P, Kuwengwa R et al. Healthcare workers' perspectives on client volumes and workload with differentiated service delivery models in the Kingdom of Eswatini. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract OAE0405.
17. Hlungwani O, Mkhawwa H. The value of partnership with health centres in improving ART adherence for adolescents living with HIV in the Triple R Project. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PEE1474.
18. Preko P, Shongwe S, Abebe A, Vandy AO, Aly D, Boraud F et al. Rapid adaptation of HIV differentiated service delivery program design in response to COVID-19: results from 14 countries in sub-Saharan Africa. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract LBPEE44.
19. UNAIDS COVID-19 portal reporting, 2020.
20. Johnson LF, Dorrington RE. Thembisa version 4.4: a model for evaluating the impact of HIV/AIDS in South Africa. 2021 (<https://www.thembisa.org/>).
21. PowerPoint Presentation (psi.org).
22. Malone ST, Hlongwa M, Little K, Levy M, Clutton L et al. Coach Mpilo: a peer-support intervention to improve men's ART linkage & retention. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021 [Virtual]. Abstract 756.
23. Malone S. Peer Power: Engaging Men with HIV to Reach Men with HIV. In: psi.org [Internet]. 23 June 2020. Washington (DC): PSI; c2021 (<https://www.psi.org/2020/06/coach-mpilo/>).

ماذا يعني ذلك بالنسبة لعلاج فيروس نقص المناعة البشري؟

تعد الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية طويلة المفعول القابلة للحقن بديلاً جذاباً لأعداد كبيرة من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يجدون صعوبة في الالتزام بالمقررات العلاجية اليومية القائمة على تناول الأقراص (28).

ويعلق سيدريك نينيناهازوي، مدير البرامج في شبكة Y + Global، وهي شبكة من الشباب المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، قائلاً: "إنه حقاً لأمر رائع أن يكون لديك خيارات لتسهيل الالتزام بالعلاج وبالتالي كبت الحمل الفيروسي. أستطيع أن أتخيل عدم الاضطرار إلى التفكير في تقويت جرعاتي اليومية: سيكون ذلك مصدراً ارتياح كبير".

ويمكن أن يكون لهذا أيضاً فوائد مهمة على مستوى المجموعات السكانية. فقد استكشف تحليل نمذجة أجري حديثاً الآثار المحتملة لحقن الكابتوغرافير والريليفيرين في أفريقيا جنوب الصحراء. ووجد أن إدخال النظم طويلة المفعول إلى جانب الاستخدام المستمر للنظم الفموية التي تعتمد على "الدولوتغرافير" Dolutegravir من شأنه أن يزيد الخيارات المتاحة ويساعد على زيادة نسبة المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون العلاج، فضلاً عن زيادة كبت الحمل الفيروسي والحد من الوفيات المرتبطة بالإيدز (28). ووجدت دراسة النمذجة أن نشر النظم طويلة المفعول بين الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع الحمل الفيروسي لديهم (< 1000 نسخة لكل مل) في منطقة إفريقيا جنوب الصحراء ستكون بالكاد فعالة من حيث التكلفة إذا ما تم تسعيرها بـ 120 دولاراً أمريكياً لكل شخص في السنة (29). وإذا طبقت على نطاق أوسع، فمن غير المرجح أن تكون المواد القابلة للحقن طويلة المفعول فعالة من حيث التكلفة ما لم تكن الأسعار أقل بكثير (29).

ويبدي كل من المرضى ومقدمي الرعاية الصحية اهتماماً شديداً بأدوية فيروس نقص المناعة البشري طويلة المفعول (30، 31). بيد أن ثمة تحديات يمكن أن تعترض عملية التنفيذ: حيث ستطلب المقررات العلاجية عمل زيارات أكثر

تكراراً للمرافق الصحية (مرة كل شهر إلى شهرين) مقارنة بالنظم المضادة للفيروسات القهقرية (حيث يحتاج الأشخاص الذين يتلقون علاجاً ثابتاً لفيروس نقص المناعة البشري عمومًا إلى زيارة الطبيب مرة واحدة كل ثلاثة إلى ستة أشهر). وقد يمثل ذلك مشكلة في الأماكن التي يتكبد فيها المرضى تكاليف مالية أو وقتية عالية للتنقل والابتعاد عن محل العمل أو الأسرة. كما يزيد من عدد المرضى الذين يحضرون إلى المرافق الصحية. ومن شأن الزيارات المتكررة أيضاً أن تخلق تحديات جديدة تتعلق بالخصوصية والسرية.

ومن المهم أيضاً الالتزام بجدول الجرعات (32)، وحيثما كان ذلك يمثل تحدياً (على سبيل المثال، بالنسبة للأشخاص الذين يسافرون بشكل متكرر، أو أولئك الملتزمين بواجبات الرعاية الأسرة واسعة النطاق، أو عندما تتعطل خدمات الرعاية الصحية، كما حدث أثناء جائحة كوفيد-19)، يمكن استخدام كابوتغرافير الفموي بالإضافة إلى ريليفيرين الفموي كجسر بين زيارات الحقن لفترات وجيزة تصل إلى دورتين للحقن (34).

وفي الوقت ذاته، يجري تطوير عقاقير أخرى مضادة للفيروسات القهقرية عن طريق الحقن والزرع. وهي تشمل "ليناكابافير" lenacapavir، وهو مثبت تجريبي لقفيصة فيروس نقص المناعة البشري، يتداخل مع مراحل متعددة من دورة حياة الفيروس. وأظهرت دراسة مبكرة تم فيها طرح عقار ليناكابافير، بالإضافة إلى الأدوية الفموية للأشخاص ذوي الخبرة في العلاج الذين يعانون من المقاومة الفيروسية المتعددة للعقاقير، نتائج إيجابية (35). وقد تربط التجارب المستقبلية ليناكابافير (الذي يمكن إعطاؤه حقناً كل ستة أشهر) مع "إسلاترافير" islatravir (يجري حالياً تطوير جهاز قابل للزرع منه يستمر لمدة 12 شهراً) (36، 37).

ويشدد السيد نينيناهازوي على أن "خيارات العلاج الجديدة والمحسنة مرحب بها، ولكن إلى جانبها، يتعين علينا الاستثمار في العثور على اللقاح وضمان الوصول [إلى الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية] لكل شخص متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري".

24. Orkin C, Molina J, Yazdanpanah Y, Chahin Anania C, DeJesus E, Eron J et al. Analysis of protocol-defined virologic failure through 96 weeks from a phase II trial (P011) of islatravir and doravirine in treatment-naïve adults with HIV-1. HIV Glasgow 2020, 5–8 October 2020. Abstract P047.
25. Swindell S, Lutz T, Van Zyl L, Porteiro N, Benn P, Huang J et al. Cabotegravir + rilpivirine long-acting as HIV-1 maintenance therapy: ATLAS Week 96 results. HIV Glasgow 2020, 5–8 October 2020. Abstract P006.
26. Overton ET, Richmond G, Rizzardini G, Jaeger H, Orrell C, Nagimova F et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine dosed every 2 months in adults with HIV-1 infection (ATLAS-2M), 48-week results: a randomised, multicentre, open-label, Phase 3b, non-inferiority study. *Lancet*. 2021;396(10267):1994-2005.
27. Jaeger H, Overton ET, Richmond G, Rizzardini G, Andrade-Villanueva JF, Mngqibisa R et al. Week 96 efficacy and safety of cabotegravir + rilpivirine every 2 months: ATLAS-2M. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 401.
28. Havlir D, Gandhi M. Implementation challenges for long-acting antivirals. *Curr Opin HIV AIDS*. 2015;10(4):282-9.
29. Phillips AN, Bansi-Matharu L, Cambiano V, Ehrenkranz P, Sernata C, Venter F et al. The potential role of long-acting injectable cabotegravir–rilpivirine in the treatment of HIV in sub-Saharan Africa: a modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2021. Published online 23 March 2021.
30. Akinwunmi B, Buchenberger D, Scherzer J, Bode M, Rizzini P, Vecchio F et al. Factors associated with interest in a long-acting HIV regimen: perspectives of people living with HIV and physicians in western Europe. HIV Glasgow 2020, 5–8 October 2020. Abstract P014.
31. Kerrigan D, Murray M, Sanchez Karver T, Mantsios A, Walters N, Hudson K et al. Feasibility of implementing long-acting injectable anti-retroviral therapy to treat HIV: a survey of health providers from the 13 countries participating in the ATLAS-2M trial. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PEB0260.
32. Han K, Baker M, Spreen WR, Ford SL. Cabotegravir PPK simulation to inform Q2M strategies following dosing interruptions. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 373.
33. Rossenu S, Neyens M, Van Solingen-Ristea R, Baugh B, Crauwels H. POPPK modeling of Q2M IM RPV LA for managing dosing interruptions in HIV-1 patients. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 403.
34. Czarnogorski M et al. Summary of COVID-related impact on cabotegravir and rilpivirine long-acting (CAB+RPV LA) dosing across the six ongoing global phase IIb and IIIb clinical trials. IDWeek, 21–25 October 2020. Abstract LB-8.
35. Segal-Maurer S, Castagna A, Berhe M, Richmond G, Ruane PJ, Sinclair GI et al. Potent antiviral activity of lenacapavir in phase 2/3 in heavily ART-experienced PWH. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 127.
36. Matthews RP, Zang X, Barrett S, Goodey A, Heimbach T, Weissler VL et al. Next-generation islatravir implants projected to provide yearly HIV prophylaxis. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 88.
37. Patel M, Zang X, Cao Y, Matthews ERP, Plank RM, Sklar P et al. Islatravir PK thresholds & dose selection for monthly oral HIV-1 PrEP. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 87.

أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ القضاء على الانتقال العمودي لعدوى فيروس نقص المناعة البشري والقضاء على الإيدز لدى الأطفال

■ ضمان حصول جميع الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشري، على العلاج الأمثل لاحتياجاتهم.

■ التأكد من أن 75% من جميع الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري قد نجحوا في كبت الأحمال الفيروسية بحلول عام 2023 وتحقيق الكبت الفيروسي لدى 86% منهم بحلول عام 2025، بما يتماشى مع الأهداف 95-95 الخاصة بعلاج الفيروس.

■ التأكد من أن 95% من الحوامل يمكنهن الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري والزهري والتهاب الكبد B وغير ذلك من الأمراض المنقولة جنسياً.

■ التأكد من أن 95% من الحوامل والمرضعات في الأماكن التي يرتفع فيها حمل فيروس نقص المناعة البشري يمكنهن إعادة الاختبار في أواخر الحمل وفي فترة ما بعد الولادة.

■ التأكد من حصول جميع النساء الحوامل والمرضعات المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري على العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية مدى الحياة، مع تحقيق 95% منهن الكبت الفيروسي والحفاظ عليه قبل الولادة وأثناء فترة الرضاعة الطبيعية.

■ التأكد من أن جميع النساء الحوامل والمرضعات غير المصابات بفيروس نقص المناعة البشري في الأماكن ذات الحمل الفيروسي المرتفع، أو اللواتي لديهن شركاء ذكور معرضون بدرجة عالية لخطر الإصابة بالفيروس البشري في جميع البيئات، لديهن إمكانية الوصول إلى توليفة وسائل الوقاية، بما في ذلك العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، وأن 90% من شركائهن الذكور المتعايشين مع الفيروس يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية باستمرار.

■ التأكد من أن 95% من الأطفال المعرضين للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري يخضعون للاختبار في عمر شهرين وبعد التوقف عن الرضاعة الطبيعية.

03

القضاء على الإيدز لدى الأطفال ومنع الانتقال العمودي للفيروس

تعد الجهود المبذولة من أجل القضاء على الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري إلى الأطفال، في الأماكن التي تنوء بععبء فيروسي ثقيل، إنجازاً بارزاً للاستجابة العالمية للإيدز في معظم العقد الماضي. ومع ذلك، فقد أُلقت هذه النجاحات بظلالها على مأساة مفاجئة: فكلما زاد التوسع في برامج اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، غالباً ما يُترك الأطفال المتعايشون مع الفيروس خلف الركب.

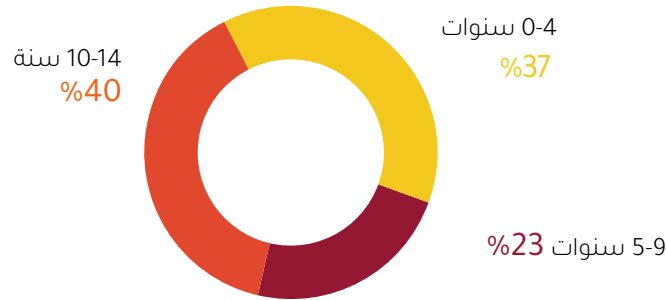
وقد أدى وجود ثغرات في اختبارات الرضع والأطفال المعرضين للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري إلى ترك أكثر من خمسي الأطفال المتعايشين مع الفيروس دون تشخيص. ونحو نصف (46%) مليون طفل في العالم [1,2 مليون - 2,2 مليون] من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري لم يستفيدوا من العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2020، وانخفض عدد الأطفال الذين يتلقون العلاج على مستوى العالم منذ عام 2019. وما يقرب من ثلثي هؤلاء الأطفال تتراوح أعمارهم بين 5 و14 عاماً وهم أطفال غالباً ما يكونون غير مدركين لحالتهم الإيجابية لفيروس نقص المناعة البشري حتى تضعف أجهزتهم المناعية ويصابون بالمرض. ولا تزال أوجه اللامساواة السابقة التي تشوب الوصول إلى الخدمات تؤثر على هؤلاء الأطفال الأكبر سناً اليوم. ويعد العثور عليهم وربطهم بالعلاج واستبقائهم في الرعاية مدى الحياة من الأولويات للسنوات الخمس القادمة.

وفي الفترة من عام 2010 إلى عام 2020، تراجعت الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال بأكثر من النصف (53%)، ويُعزى ذلك أساساً إلى زيادة توفير العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للنساء الحوامل والمرضعات المتعايشات مع الفيروس. غير أن هذا الزخم تباطأ بشكل كبير، محدثاً فجوات كبيرة لا سيّما في غرب ووسط أفريقيا، التي تضم أكثر من نصف الحوامل المتعايشات مع الفيروس ولا يخضعن للعلاج.

ومن شأن إحراز مزيد من التقدم في عدد قليل من البلدان أن يكون له تأثير كبير على الدفع نحو القضاء على الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال. وتقع نصف الإصابات الجديدة بين الأطفال في جميع أنحاء العالم في سبعة بلدان فقط: نيجيريا (14% من الإجمالي العالمي)، وموزمبيق وجنوب إفريقيا (8% لكل منهما)، وجمهورية تنزانيا المتحدة (7%)، وجمهورية الكونغو الديمقراطية (6%)، وزامبيا (5%)، وأوغندا (3%). بيد أن ثمة تباين لافت في نتائج برامج الانتقال العمودي في تلك البلدان: فقد نجحت جنوب إفريقيا وأوغندا في خفض العدد السنوي للأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري بأكثر من 70% في الفترة 2010-2020، بينما خفضت نيجيريا الإصابات العمودية بنسبة لم تتجاوز 15%.

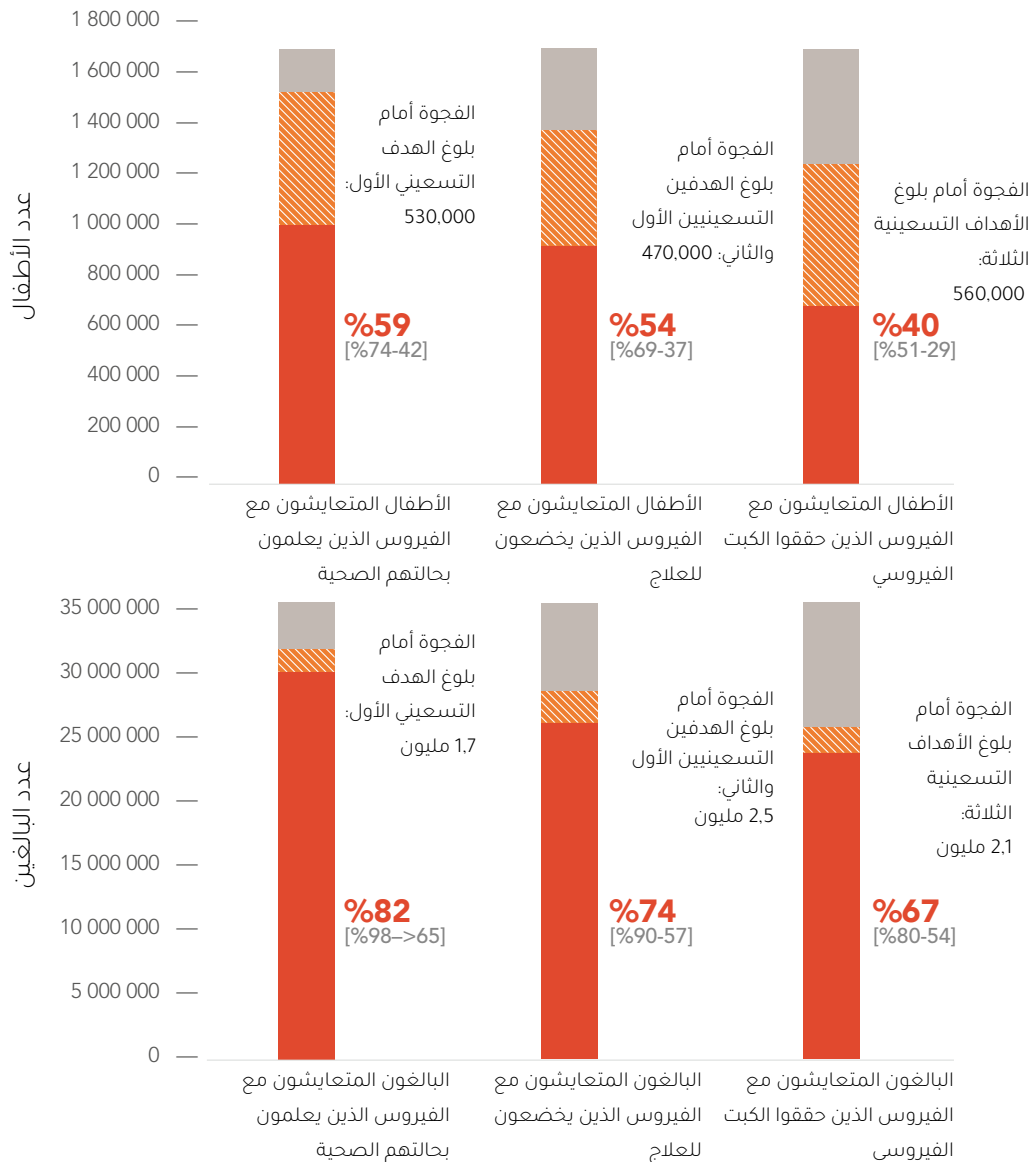
نحو ثلثي الأطفال
المتعاضين مع
فيروس نقص
المناعة البشري
ولا يخضعون
للعلاج كان
عمرهم 3 سنوات
أو أكبر

الشكل 3.2 | الأطفال المتعاضون مع فيروس نقص المناعة البشري ولا يتلقون العلاج، حسب الفئة العمرية، 2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>)

الشكل 3.3 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال 0-14 عامًا (مقارنة بالبالغين 15 عامًا أو أكثر)، على مستوى العالم، 2020



المصدر: تحليل خاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021

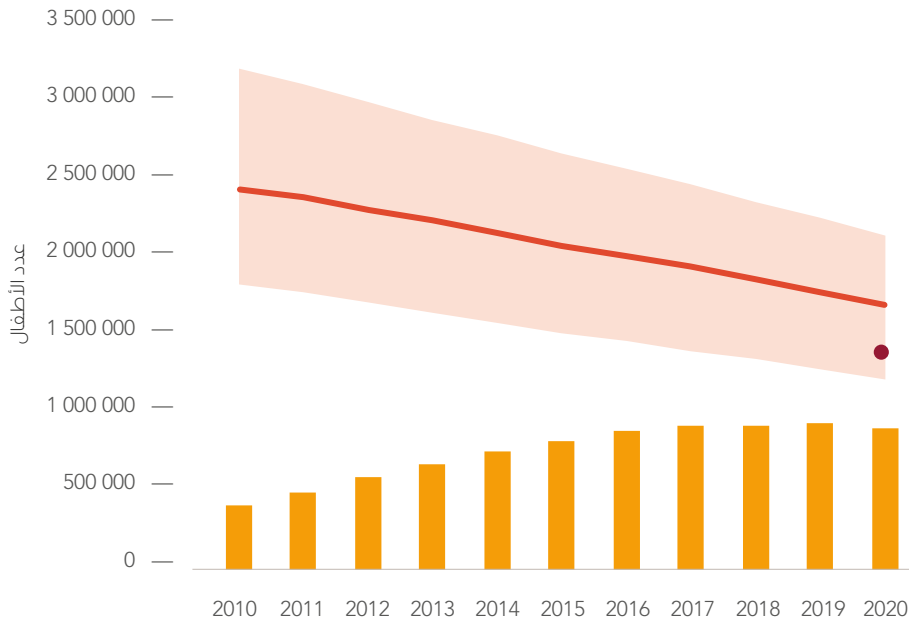
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

انخفاض عدد الأطفال الذين يخضعون للعلاج

انخفض عدد الأطفال الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2020، مما خلف ما يقرب من 800,000 طفل (من 0 إلى 14 عامًا) متعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري دون علاج منقذ للحياة (الشكل 3.1). وكان نحو ثلث هؤلاء الأطفال (63%) تتراوح أعمارهم بين 5 سنوات وما فوق (الشكل 3.2). ويتطلب العثور على الأطفال الأكبر سنًا والمراهقين غير المُشخصين التوسع في إجراء الاختبار الذاتي وفي المؤشر القائم على الحقوق والاختبار الأسري والمنزلي.

ولا تزال تغطية العلاج بين الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري (الذين تتراوح أعمارهم بين 0-14 سنة) أقل بكثير مما هي عليه بين البالغين (15 سنة وما فوق): 54% [37-69%] مقابل 74% [57-90%] في عام 2020 (الشكل 3.3). كما تعد النتائج الصحية للأطفال الذين يتلقون علاج فيروس نقص المناعة البشري أسوأ من تلك الخاصة بالبالغين، ويرجع ذلك جزئيًا إلى أن أدوية فيروس نقص المناعة البشري للأطفال دون المستوى الأمثل وإلى التحديات التي تحول دون استبقاء الأطفال في الرعاية. وفي عام 2020، بلغت نسبة الأطفال المتعايشين مع الفيروس الذين تحقق لديهم الكبت الفيروسي 40% فقط [29-51%]. ويحتاج الأطفال المتعايشون مع الفيروس إلى سلسلة متواصلة من العلاج والرعاية والحماية الاجتماعية التي ثبت أنها تحسن النتائج الصحية أثناء نموهم وانتقالهم من مرحلة الشباب إلى مرحلة النضوج.

الشكل 3.1 | عدد الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وأولئك الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، على مستوى العالم، 2010-2020



■ الأطفال الذين يتلقون العلاج — الأطفال المتعايشون مع الفيروس ● هدف العلاج العالمي لعام 2020

المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>)



فتاة صغيرة تنصّر فعالية مجتمعية
حول فيروس نقص المناعة البشري
في خابليتشا، كيب تاون، جنوب
أفريقيا. الصورة: برنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بالإيدز

يتمثل التحدي الأكبر والأوحد في علاج الأطفال في
سرعة العثور على الأطفال المتعايشين مع فيروس
نقص المناعة البشري الذين تم إغفالهم عند الولادة
أو أثناء الرضاعة الطبيعية، وربطهم بالرعاية.

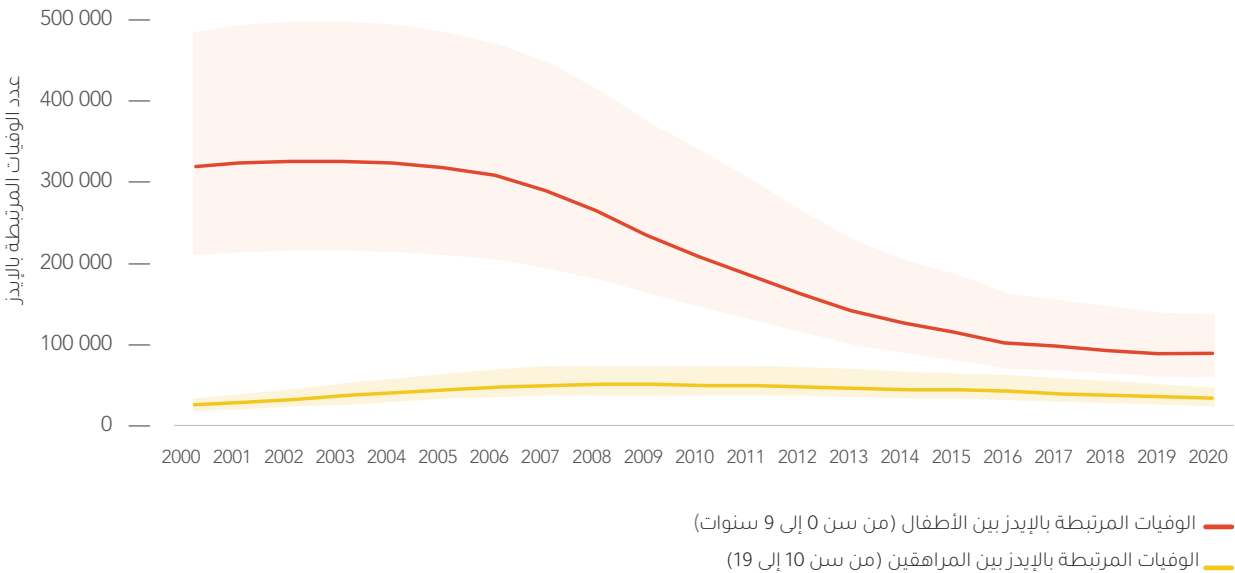
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

إحراز تقدم بطيء في الوفيات المرتبطة بالإيدز بين المراهقين

إن الفجوات الكبرى التي تشوب تغطية الخدمات الرامية إلى منع انتقال العدوى من الأم إلى طفلها وتشخيص الأطفال حديثي الولادة في السنوات الماضية - وأوجه اللامساواة الموجودة حاليًا في اختبار فيروس نقص المناعة البشري وعلاج الأطفال الأكبر سنًا المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري - تقود الاتجاهات السنوية للوفيات المرتبطة بالإيدز. ويعد الانخفاض في معدلات الوفيات المرتبطة بالإيدز بين الأطفال والمراهقين أكثر حدة بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و9 سنوات (انخفاض بنسبة 60% منذ عام 2010)، مما يعكس تحسن الجهود المبذولة لمنع وقوع حالات عدوى عمودية جديدة وكذلك الجهود المبذولة لتشخيص وعلاج الأطفال في الأشهر التالية للولادة وأثناء فترة الرضاعة الطبيعية. ويسير التقدم على صعيد المراهقين (الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و19 عامًا) بوتيرة أبطأ، حيث انخفضت الوفيات المرتبطة بالإيدز بنسبة 37% فقط خلال نفس الفترة.

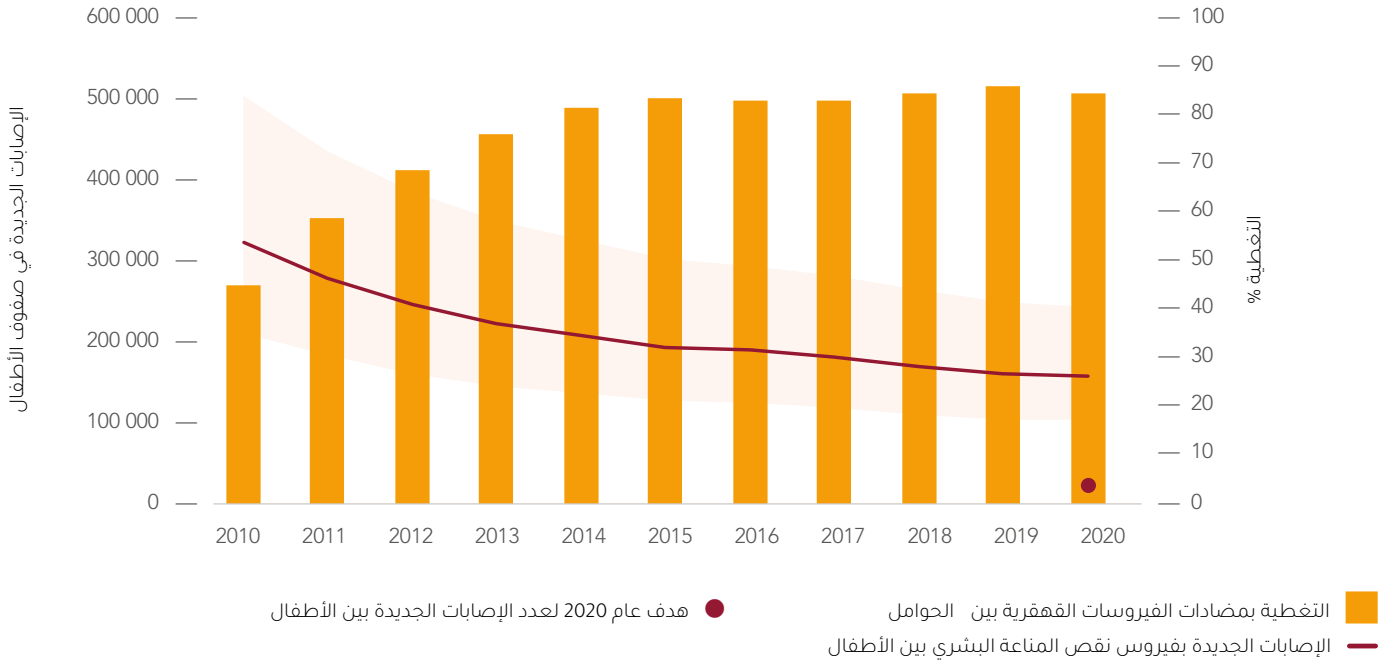
ويتمثل التحدي الأكبر والأوحد في علاج الأطفال في سرعة العثور على الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تم إغفالهم عند الولادة أو أثناء الرضاعة الطبيعية، وربطهم بالرعاية. ومما قد يساعد في سد هذه الفجوة توسيع نطاق المؤشر القائم على الحقوق، والاختبار الأسري والاختبار الذاتي، ودمج اختبار فيروس نقص المناعة البشري مع خدمات صحة الطفل الأخرى.

الشكل ٣.٤ | الوفيات المرتبطة بالإيدز بين الأطفال (من 0 إلى 9 سنوات) والمراهقين (من سن 10 إلى 19 عامًا)، على مستوى العالم، 2000-2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

الشكل 3.5 | حالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال والتغطية بمضادات الفيروسات القهقرية بين الحوامل، على مستوى العالم، مع هدف عام 2020، 2010-2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

نحو ربع النساء
المتعايشات مع
فيروس نقص
المناعة البشري
اللواتي لا يخضعن
للعلاج المضاد
للفيروسات
موجودات في
نيجيريا، فيما تعيش
33% في أماكن أخرى
في غرب ووسط
أفريقيا

الشكل 3.6 | توزيع الحوامل المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري اللاتي لا يخضعن للعلاج، حسب المنطقة، 2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

فجوات كبرى في غرب ووسط أفريقيا

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

لا يزال الحد من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال أحد أبرز الإنجازات للاستجابة العالمية للإيدز؛ فقد نجحت برامج القضاء على الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري إلى الأطفال في تجنب وقوع ما يقدر بملايين [1.8 مليون-4.2 مليون] من حالات الإصابة بالفيروس في صفوف الأطفال منذ عام 2001.

وفي عام 2020، كان ما يقدر بنحو 85% [-63% < 98%] من الحوامل المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري على مستوى العالم، يتلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لمنع انتقال العدوى إلى أطفالهن ولحماية صحتهن. وقد كان التوسع في هذه الخدمات ضئيلاً على المستوى العالمي منذ عام 2015 (الشكل 3.5)، ولا تزال فجوات التغطية كبيرة داخل العديد من البلدان في غرب ووسط أفريقيا. كما أن نحو ربع (24%) الحوامل المتعايشات مع الفيروس اللواتي لا يخضعن للعلاج المضاد للفيروسات موجودات في بلد واحد-نيجيريا-فيما تعيش 33% في أماكن أخرى في غرب ووسط أفريقيا (الشكل 3.6).

ويعد تدني نظم الصحة العامة، والاستمرار في فرض رسوم المستخدمين على الخدمات الصحية الأساسية، واستمرار الوصم والتمييز (بما في ذلك الوصم الذاتي)، لاسيما تجاه المجموعات السكانية الرئيسية، من بين العوائق الرئيسية التي تواجهها هؤلاء النساء. وتشمل الأولويات الفورية إدخال تحسينات على البيئة القانونية والسياساتية، وإلغاء رسوم المستخدمين، وتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية (خاصة في عيادات الرعاية السابقة للولادة) على مكافحة الوصم والتمييز، وتكامل خدمات فيروس نقص المناعة البشري، والأمومة، وحديثي الولادة، والأطفال. وصحة المراهقين، وتوسيع نطاق الحلول الصحية الرقمية وغيرها من التقنيات المبتكرة (مثل نقاط الرعاية، والاختبار الثنائي لفيروس نقص المناعة البشري والزهري)، والمشاركة المجتمعية واعتماد طرق مختلفة لتقديم الخدمات للنساء الحوامل ضمن المجموعات السكانية الرئيسية وغيرها من الفئات التي يصعب الوصول إليها. ومن شأن عمل تحسينات سريعة في غرب ووسط أفريقيا، وخاصة في نيجيريا، أن يكون له تأثير كبير على الزخم العالمي نحو القضاء على الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري.



توعية النساء بشأن الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري، في منطقة زوغودومي-بوهيكون-زاكبوتا في بنين

الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

منع الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري في السجون وغيرها من الأماكن المغلقة

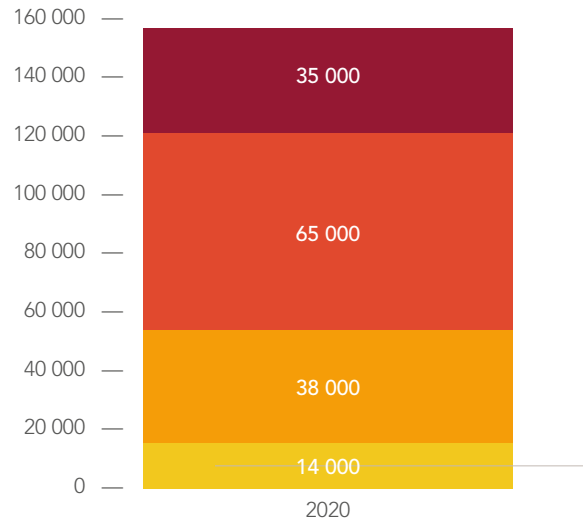
في العديد من البلدان، داخل السجون، تشكل محدودة خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري وتشخيصه وعلاج ورعاية المصابين به، إلى جانب ضعف وصول النساء (وأطفالهن) إلى الرعاية قبل الولادة وبعدها وخدمات المخاض والولادة، تحديًا خطيرًا أمام منع انتقال الفيروس عموديًا من الأم إلى طفلها (1، 2). ويؤدي ذلك إلى زيادة خطر إصابة الأطفال المولودين في السجون بفيروس نقص المناعة البشري أثناء الحمل أو الولادة أو الرضاعة الطبيعية.

وفي عام 2020، نشر كلٌّ من صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز دليلًا تقنيًا يوفر إطارًا للإجراءات التشغيلية القياسية التي تضمن تنفيذ الخدمات لمنع الانتقال العمودي داخل السجون (3). ويُستخدم هذا الدليل لدعم البلدان في توفير خدمات عالية الجودة فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشري والصحة الجنسية والإنجابية في السجون بهدف القضاء على فيروس نقص المناعة البشري، والسل، والتهاب الكبد الفيروسي، والزهرى بين النساء السجينات وأطفالهن.

كما حدثت أكثر من 38,000 حالة عدوى أخرى في صفوف الأطفال عندما لم تستمر الأمهات اللائي بدأن العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في تناوله أثناء فترة الحمل والرضاعة الطبيعية، ووقعت ما يقرب من 14,000 إصابة بين النساء اللائي كن يتلقين العلاج ولكن لم يتم كبتهن فيروسيًا. ومن شأن تحسين جودة العلاج والرعاية بما في ذلك استخدام نظم العلاج الأمثل وجهود الاستبقاء بمساعدة الأقران (مثل الأمهات المرشدات)- أن يساعد في سد هذه الفجوات.

ومن المرجح أن تسفر هذه التحسينات عن النتائج المرجوة إذا اقترنت بالحماية الاجتماعية وغيرها من التدخلات التي تعالج العوامل الاجتماعية والاقتصادية والهيكلية التي تجعل من الصعب على النساء، ولا سيّما اللائي ينتمين إلى المجموعات السكانية الرئيسية، الوصول إلى الخدمات والاستمرار في الانتفاع بها. وتشمل هذه العوامل ديناميات القوة غير المتكافئة والمعايير الجنسانية، والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والفقر، ورسوم المستخدمين، والوصم والتمييز من جانب العاملين في مجال الرعاية الصحية وأفراد الأسرة والمجتمع المحلي.

الشكل 3.7 | حالات الانتقال العمودي الجديدة لفيروس نقص المناعة البشري، حسب السبب، على مستوى العالم، 2020



- الأم أصيبت بفيروس نقص المناعة البشري أثناء فترة الحمل أو الرضاعة
- الأم لم تتلق العلاج المضاد للفيروسات القهقرية أثناء فترة الحمل أو الإرضاع
- الأم لم تستمر في العلاج أثناء فترة الحمل أو الإرضاع
- الأم خضعت للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية ولكن لم يتم كبت الحمل الفيروسي لديها

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

تحديد ومعالجة الثغرات الخدمية

يتطلب القضاء على الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري إجراء تحسينات في عدة مجالات. فيجب أن تكون خدمات الرعاية السابقة للولادة وخدمات فيروس نقص المناعة البشري ميسورة التكلفة ومتاحة ومُرحبة ومناسبة، لا سيما للمراهقات والنساء اللواتي يتعرضن للوصم والتهميش والتمييز. عبر سلسلة الجهود المتواصلة لتزويد النساء بالخدمات أثناء مراحل تنظيم الأسرة والحمل والولادة والرضاعة الطبيعية، يجب الارتقاء بقدرة البرامج على إيجاد النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري وسرعة تزويدهن بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية حتى يحققن الكبت الفيروسي.

كان من الممكن توقي كل حالة من حالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري التي حدثت في صفوف الأطفال في عام 2020، وعددها 150,000 [240,000-100,000]. وكبداية قوية يمكن إشراك النساء والفتيات الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالفيروس في الرعاية المتكاملة السابقة للولادة وخدمات فيروس نقص المناعة البشري، بما في ذلك الوقاية من الفيروس واختبار الكشف عنه، والتي يتم تقديمها على المستوى المحلي، والتأكد من حصول النساء الحوامل للفيروس على العلاج بل الحمل. وقد وقعت نحو 65,000 إصابة في صفوف الأطفال في عام 2020 لأن النساء المتعايشات مع الفيروس بالفعل لم يتم تشخيصهن أثناء فترة الحمل ولم يبدأن العلاج.

وقد حدث أكثر من 35,000 انتقال عمودي إضافي بين النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري أثناء فترة الحمل والرضاعة الطبيعية. ومن ثم، تحتاج النساء الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالعدوى إلى توليفة مصممة خصيصًا للوقاية من الفيروس، بما في ذلك الوقاية قبل التعرض للعدوى، وتقديم استشارات أكثر شمولاً، وتكرار الخضوع لاختبار الفيروس، وتوفير مجموعات الاختبار الذاتي لشركائهن الحميين.

ستؤدي الخدمات الرامية
إلى منع الانتقال العمودي
إلى نتائج أقوى إذا اقترنت
بالحماية الاجتماعية وغيرها من
التدخلات التي تتصدى للحواجز
الاجتماعية والاقتصادية
والهيكلية.





توزيع مواد إعلامية للحوامل في
سري لانكا.

الصورة: برنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بالإيدز



دراسة حالة

كيف نجحت سري لانكا في القضاء على الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري

تعد سري لانكا من بين عدد صغير ولكنه متزايد من البلدان التي حصلت على المصادقة على القضاء المزدوج على انتقال العدوى من الأم إلى الطفل (المعروف أيضًا باسم الانتقال العمودي) لفيروس نقص المناعة البشري والزهري الخلقي، وهو وضع اكتسبته رسميًا في أواخر عام 2019. وتجدر الإشارة إلى أن سري لانكا هي رابع دولة في آسيا والمحيط الهادئ تحقق هدف القضاء، بعد ماليزيا وجزر المالديف وتايلاند.

ووفقًا للبيانات الوطنية، لم يتم تشخيص أي حالات انتقال عمودي لفيروس نقص المناعة البشري بين الأطفال في عامي 2017 و2018. كذلك لم يتجاوز معدل حالات الزهري الخلقي 2 لكل 100,000 مولود حي (أقل بكثير من المعدل المطلوب للحصول على شهادة القضاء، وهو 50 لكل 100,000 مولود حي) (4).

وقد أوضح السيد أنيل جاسينغي، المدير العام للهيئات الصحية في سري لانكا، أن مصادقة القضاء "هي نتيجة التزام سياسي قوي، ونهج متكامل متعدد القطاعات ناجح مبني على أسس نظام الصحة العامة، والخبرة التقنية".

وتقدم حكومة سري لانكا خدمات صحية مجانية لجميع المواطنين-بما في ذلك صحة الأم والطفل، والصحة الجنسية والإنجابية، وخدمات تنظيم الأسرة التي يعود تاريخها إلى أوائل القرن العشرين (5). وأطلقت سريلانكا أول برنامج لها لمنع الانتقال العمودي لمرض الزهري في عام 1954، واعتمدت هدف القضاء عليه في عام 2009. وبدأ برنامج منع الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري في عام 2002، لكنه اقتصر على عدد قليل من وحدات الأمومة حتى عام 2012 (6).

وفي خطوة كبيرة إلى الأمام، صدر في عام 2013 قرار بدمج البرنامجين في جهد واحد من أجل القضاء المزدوج على فيروس نقص المناعة البشري والزهري، وتقديم خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشري والزهري لجميع الحوامل، ومعلومات عن الوقاية، وعند الاقتضاء، العلاج. وعقدت اجتماعات للدعوة في المناطق ذات الأحمال الفيروسية المرتفعة، وتم تكييف البروتوكولات والتدريبات حتى تكون الخدمات المشتركة جزءًا لا يتجزأ من مهام العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يقدمون خدمات فحص الأمراض المنقولة جنسيًا والرعاية وخدمات صحة الأم والطفل. وقد تم تنفيذ البرنامج على مراحل حتى تمكنوا من تحقيق تغطية شاملة للبلاد في عام 2016.



ملصقات إعلامية على مدخل عيادة راثمالانا لصحة الأم والطفل في مقاطعة كولومبو، سري لانكا.
الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

روز (ليس اسمها الحقيقي)، وهي أم متعاشية مع فيروس نقص المناعة البشري، وطفلة. تذكر روز قائلة: "لقد كنت أشعر بالإحباط الشديد والعجز في البداية، وشعرت برغبة في التخلي عن كل شيء". "ثم أدركت [أن] عيادة الأمراض المنقولة جنسياً وموظفي صحة الأمومة والطفولة مهتمون حقاً برفاهي وبطفلي. كل السعادة التي أشعر بها اليوم هي بسببهم. فهم مثل الأسرة بالنسبة لي. هذا هو السبب في أنني اتصل بهم في جميع المناسبات الخاصة، بما في ذلك عيد ميلاد طفلي".

إلى أن جميع الأطفال حديثي الولادة تقريباً يولدون في المرافق الصحية بحلول عام 2016، وأن تغطية فحص مرض الزهري بين الحوامل زادت من 60% في عام 2012 إلى 99% في عام 2018، وأن تغطية اختبار فيروس نقص المناعة البشري قد زادت من 5.6% إلى 96% خلال نفس الفترة (7، 8). وانخفض معدل الانتقال العمودي لكلا المرضين إلى أقل بكثير من أهداف القضاء العالمية (الجدول 3.1).

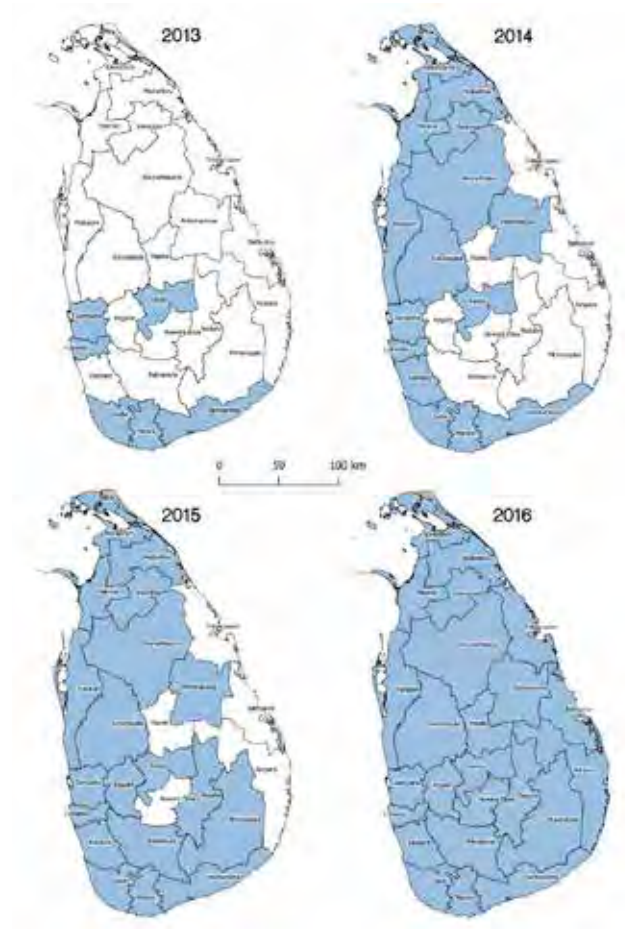
غيّر برنامج القضاء على المرض في سري لانكا حياة العديد من الأشخاص إلى الأفضل، بما في ذلك حياة

الجدول 3.1 | تغطية الخدمات وتأثير برنامج سري لانكا للقضاء على الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري والزهري، 2017 و2018

مؤشرات التأثير		2017	2018
معدل الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري		%0	%0
المعدل السنوي للإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري لدى الأطفال لكل 100,000 مولود حي		0	0
المعدل السنوي لمرض الزهري الخلقي لكل 100,000 مولود حي		1.5	1.5
مؤشرات العملية		2017	2018
تغطية رعاية ما قبل الولادة		%97.5	%96.4
تغطية اختبار فيروس نقص المناعة البشري للنساء الحوامل		%95.2	%95.9
تغطية اختبار الزهري للنساء الحوامل		%96.9	%99.3
تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للنساء الحوامل الإيجابييات لفيروس نقص المناعة البشري		%100	%100
التغطية العلاجية للنساء الحوامل المصابات بمرض الزهري		%100	%97.2

المصدر: Rajapaksa L, Weerasinghe G, Manathunge A, Elwitigala J, Nilaweera I, Kasturiaratchi K et al. Eliminated mother- to-child transmission (MTCT) of HIV and syphilis in Sri Lanka; WHO confirms. Sri Lanka Journal of Sexual Health and HIV Medicine. 2019;5:5-12

الشكل 3.8 | توسيع نطاق برنامج سري لانكا للقضاء على الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري والزهرى، 2013-2016



■ توفير المنطقة للخدمات من أجل القضاء على الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري والزهرى

المصدر: القضاء على انتقال فيروس نقص المناعة البشري والزهرى من الأم إلى الطفل: تقرير التحقّق الوطني، سري لانكا 2019، كولومبو: وزارة الصحة، [سري لانكا]، 2019.

ساعدت مشاركة منظمات الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية في ضمان وصول الخدمات إلى المناطق النائية والمجتمعات المهمشة، مثل العاملين/العاملات في مجال الجنس. وقد عملت ثلاث منظمات للأشخاص المتعايشين مع الفيروس عن كثب مع البرنامج الوطني لمكافحة الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي/الإيدز لتسهيل خدمات رعاية فيروس نقص المناعة البشري، كما تشارك كأعضاء في المجلس الوطني للإيدز واللجنة الفرعية لرعاية فيروس نقص المناعة البشري.

ونظرًا لوجود منظومة هائلة من البنية التحتية والمرافق والعمليات بالفعل، لم يتم عمل شيء سوى القليل من التحسينات في النظام الحالي. وتم تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على نهج المشورة والاختبار الطوعية، وتم تكييف مرافق المختبرات لاستيعاب الطلب المتزايد على اختبار فيروس نقص المناعة البشري-وشمل ذلك شراء آلات ELISA بدعم من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي-فضلاً عن تعزيز نظم الإحالة.

وقد جعلت وزارة الصحة جهود القضاء على الفيروس أولوية قصوى. فخصصت موارد كافية، وعيّنت مسؤولاً للتنسيق، وأشركت أصحاب المصلحة الرئيسيين، واستعرضت بيانات البرنامج بشكل متكرر لتقييم سير العمل والتقدم المُحرز. كما تم تطوير الخدمات للمجموعات السكانية الرئيسية وغيرهم من الفئات المعرضة لخطر الإصابة، في حين كان من السهل على عموم السكان الوصول إلى جملة من الخدمات الوقائية. وتم توفير جميع هذه الخدمات مجاناً من قبل الحكومة، وقامت اليونيسف بدعم عملية التدريب وتحسين الجودة، بينما قدمت منظمة الصحة العالمية الدعم التقني (6).

لم يستغرق برنامج القضاء على انتقال العدوى سوى ثلاث سنوات للانتقال من المرحلة التجريبية إلى التغطية الوطنية (الشكل 3.8). وتشير بيانات مسح الأسر المعيشية

JOURNÉE
MONDIALE
DU SIDA
1^{er} DÉCEMBRE 2019



**“J’accompagne
les gestantes
séropositives à
suivre les conseils de
l’équipe soignante
pour leur santé et
pour que leur enfant
ne soit pas infecté;
j’encourage aussi au
dépistage familial”**

Jeannette BOSSOU • Présidente AFEP-ESPOIR

Les communautés *font la différence*



- يركز اختبار المؤشر الأسري على العائلات وأفراد الأسر المعيشية الذين تم تشخيص إصابتهم حديثاً بفيروس نقص المناعة البشري أو أولئك الذين يتلقون الرعاية والعلاج. ويتضمن الخطوات التالية:
- تحديد أفراد الأسرة المصابين بمؤشر فيروس نقص المناعة البشري.
- توفير اختبار الكشف عن الفيروس لهم إذا كانوا لا يعرفون حتى الآن حالتهم الصحية فيما يتعلق بالفيروس.
- مشاركة النتائج مع أفراد الأسرة الذين تم تشخيصهم مع مراعاة اعتبارات السن
- ربط الأفراد الذين ثبتت إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشري بالرعاية والعلاج وأي خدمات صحية واجتماعية أخرى قد يحتاجون إليها

جانيت بوسو، رئيسة
مؤسسة AFEP/ESPOIR،
تروج للفحص الأسري
للكشف عن فيروس
نقص المناعة البشري
خلال اليوم العالمي للإيدز
2019، بنين.
الصورة: برنامج الأمم
المتحدة المشترك
المعني بالإيدز

دراسة حالة

كل شيء داخل العائلة: استخدام اختبار مؤشر فيروس نقص المناعة البشري لاكتشاف الأطفال المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري في غرب ووسط إفريقيا

لا يزال علاج الأطفال المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري يمثل نقطة ضعف في الاستجابة العالمية للفيروس، ولا سيما في غرب ووسط أفريقيا. وتعد تغطية علاج فيروس نقص المناعة البشري للأطفال في المنطقة من بين أدنى المعدلات في العالم بنسبة 56% [42-72%] في عام 2020. كما تأخذ الفجوة بين علاج البالغين والأطفال في الاتساع.

يتمثل التحدي الأكبر في عدم تشخيص نسب كبيرة من الأطفال المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة، حتى لو كان آبائهم يعالجون منه. وقد وجدت دراسة أجريت في عام 2017 أن ما يقرب من نصف المتعاشين مع الفيروس الذين يتلقون الرعاية لديهم أفراد من أسرهم-كثير منهم من الأطفال والمراهقين-لم يخضعوا بعد لاختبار الفيروس (9).

ويعد اختبار فيروس نقص المناعة البشري باستخدام المؤشر الأسري طريقة فعالة لتحديد الأطفال غير المشخصين المصابين بالفيروس وربطهم بالعلاج (10). وقد وجدت دراسة كبيرة أجريت في الكاميرون أن هذه الطريقة كانت أكثر فاعلية في التعرف على الأطفال المتعاشين مع الفيروس من نقاط الدخول التقليدية، مثل خدمات الانتقال العمودي، وأجنحة الأطفال، ومرافق العيادات الخارجية، وعيادات السل أو خدمات التطعيم (11).¹ وفي جمهورية الكونغو الديمقراطية، أدى اختبار المؤشر الأسري المنهجي إلى حدوث زيادة بمقدار أربعة أضعاف في عدد الأطفال الإيجابيين للفيروس الذين يخضعون للعلاج منه لمدة ستة أشهر (12). وفي بنين، زاد عدد الأطفال والمراهقين الذين تم تشخيصهم بالفيروس حديثاً بأكثر من الضعف خلال ستة أشهر من إجراء اختبار المؤشر الأسري لفيروس نقص المناعة البشري (من 60 إلى 129)، وتم ربط جميع الأطفال الذين تم تشخيصهم بالعلاج (13).

إ. م هي امرأة متعاشية مع فيروس نقص المناعة البشري في مدينة باراكو، شمال بنين.² وتتذكر كيف طلبت منها القابلة إحضار طفلها الأكبر، الذي كان يبلغ من العمر أربع سنوات آنذاك، لفحصه بعد أن ثبتت إيجابيتها للفيروس خلال رعاية ما قبل الولادة. فإظهر الاختبار إيجابية طفلها للفيروس. وتقول "تمت إحالتنا إلى قسم طب الأطفال في "شود-بورغو" [مركز صحة المجتمع في باراكو] للحصول على الرعاية لطفلي. ففي الماضي، كان يمرض بشكل دوري وكان يعاني من طفح جلدي ويقع في جميع أنحاء جسده. وبفضل الرعاية التي تلقاها، فإنه يتمتع بصحة جيدة جداً الآن."

1 كانت حصة تشخيصات فيروس نقص المناعة البشري من خلال اختبار المؤشر 22%. مقابل 11% من خلال خدمات السل، و6% من خلال خدمات الانتقال العمودي أو عتابر الأطفال، ونحو 0% من خلال خدمات العيادات الخارجية أو التطعيم.
2 هذه ليست الأحرف الأولى من اسمها الحقيقي.

1. Telisinghe L, Charalambous S, Topp SM, Herce ME, Hofmann CJ, Barron P et al. HIV and tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2016;388:1215-27.
2. Bastick M, Townhead L. Women in prison: a commentary on the United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Geneva: Quaker United Nations Office.
3. UNODC, UNPFA, WHO, UN Women, UNAIDS. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in prisons: a technical guide. Vienna: UNODC; 2020.
4. National STD/AIDS Control Programme Sri Lanka national report 2018. Colombo: National STD/AIDS Control Programme [Sri Lanka]; 2018.
5. Annual report on Family Health Bureau 2016. Colombo: Family Health Bureau, Ministry of Health [Sri Lanka]; 2016.
6. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis: national validation report, Sri Lanka 2019. Colombo: Ministry of Health [Sri Lanka]; 2019.
7. Sri Lanka Demographic and Health Survey 2016. Colombo: Ministry of National Policies and Economic Affairs [Sri Lanka]; 2017 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/srilanka-dhs-2016.pdf>).
8. Rajapaksa L, Weerasinghe G, Manathunge A, Elwitigala J, Nilaweera I, Kasturiaratchi K et al. Eliminated mother-to-child transmission (MTCT) of HIV and syphilis in Sri Lanka; WHO confirms. *Sri Lanka Journal of Sexual Health and HIV Medicine*. 2019;5:5-12.
9. Ahmed S, Sabelli RA, Simon K, Rosenberg NE, Kavuta E, Harawa M et al. Index case finding facilitates identification and linkage to care of children and young persons living with HIV/AIDS in Malawi. *Trop Med Int Health*. 2017;22(8):1021-29.
10. Luyirika E, Towle MS, Achan J, Muhangi J, Senyimba C, Lule F et al. Scaling up paediatric HIV care with an integrated, family-centred approach: an observational case study from Uganda. *PLoS One*. 2013;8(8):e69548.
11. Penda CI, Moukoko CEE, Koum DK, Fokam J, Meyong CA, Talla S et al. Feasibility and utility of active case finding of HIV-infected children and adolescents by provider-initiated testing and counselling: evidence from the Laquintinie hospital in Douala, Cameroon. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):259.
12. Bollinger A, Chamla D, Kitetele F, Salamu F, Putta N, Tsague L et al. The impact of the family centered approach on pediatric HIV in DRC. 22nd International AIDS Conference, 24–27 July 2018, Amsterdam. Abstract THPEB110.
13. UNICEF. Dashboard of the national roll out of family testing in West and central Africa (accessed June 2021).

وتشمل أفضل الممارسات التي يمكن الاسترشاد بها في توسيع نطاق اختبار المؤشر الأسري إشراك شبكات الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في تشاد، واستخدام نظم صحية مجتمعية قوية في غانا، وتنفيذ الاستراتيجية جنباً إلى جنب مع خطة مناصرة قوية لضمان الملكية الحكومية لزام هذه العملية في الكاميرون. وستعقد اليونيسف جلسات تعلم بين بلدان الجنوب مع مناطق أخرى في عام 2021 لمشاركة تلك الدروس المستفادة وغيرها.

وضعت اليونيسف-بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز-إرشادات تشغيلية بشأن إجراء اختبارات المؤشر الأسري على المستوى الوطني، وقدمت المساعدة التقنية للبلدان الواقعة في غرب ووسط أفريقيا لتنفيذ الاستراتيجية. كما تعكف على جمع بيانات عن القبول والاختبار والتشخيص وحالة التدبير العلاجي. ويجري إدخال هذه البيانات في لوحة معلومات يتم تحديثها بانتظام بحيث تسمح بتتبع ومقارنات التنفيذ والتحديات وتوسيع النطاق في البلدان في جميع أنحاء المنطقة.

وتشير البيانات المجمعة على لوحة المتابعة أنه على مدار ستة أشهر في عام 2020، زادت التغطية الخدمية من 62% إلى 69% في 503 مقاطعة أو منطقة ذات أولوية، مع وجود ما يقرب من 47,000 عرض لإجراء الاختبار الأسري في الدول الاثني عشر التي أبلغت عن هذه البيانات. وبشكل عام، تم تشخيص 2283 شخصاً متعايشاً مع فيروس نقص المناعة البشري حديثاً وربطهم بالعلاج والرعاية، بمعدل بدء للعلاج 99% (13).

وتقول رشيدة ماما سيدو، التي تعمل مع قسم بورغو في شبكة جمعيات المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في بنين، إن اختبار المؤشر الأسري لفيروس نقص المناعة البشري هو "طريقة فعالة للعثور على حالات الإصابة بالفيروس الموجودة في المجتمع المحلي خارج منظومة الرعاية الصحية".





منظور اللامساواة



أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ الالتزام بمبدأ زيادة مشاركة المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والتأكد من تضمين الشبكات الإقليمية والوطنية ودون الوطنية والمجتمعات المحلية المتأثرة الأخرى في عملية اتخاذ القرار بشأن الاستجابة للفيروس والتخطيط لها وتنفيذها ورصدها، ومن تزويدهم بالدعم التقني والمالي الكافي.

■ ضمان استخدام البيانات التي يجمعها المجتمع المحلي لتكييف الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري بما يكفل حقوق المتعاشين مع الفيروس والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به وتلبية احتياجاتهم.

■ ضمان توفير المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي 30% من خدمات الاختبار والعلاج، مع التركيز على اختبار فيروس نقص المناعة البشري، وربط المرضى بالعلاج، ودعم الالتزام بالعلاج واستبقاء المرضى في الرعاية، ومحو الأمية العلاجية.

■ ضمان توفير المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي 80% من خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري للمجموعات السكانية الأكثر عرضة لخطر الإصابة به، بما في ذلك النساء اللائي ينتمين إلى تلك المجموعات.

■ ضمان توفير المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي 60% من البرامج الرامية إلى دعم تحقيق عوامل التمكين المجتمعية.

يانا بانفيلوفا، امرأة شابة متعاشية مع فيروس نقص المناعة البشري ورئيسة مجموعة المجتمع المدني Teennergizer، تتحدث أمام الاجتماع رفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة لعام 2021 بشأن الإيدز.

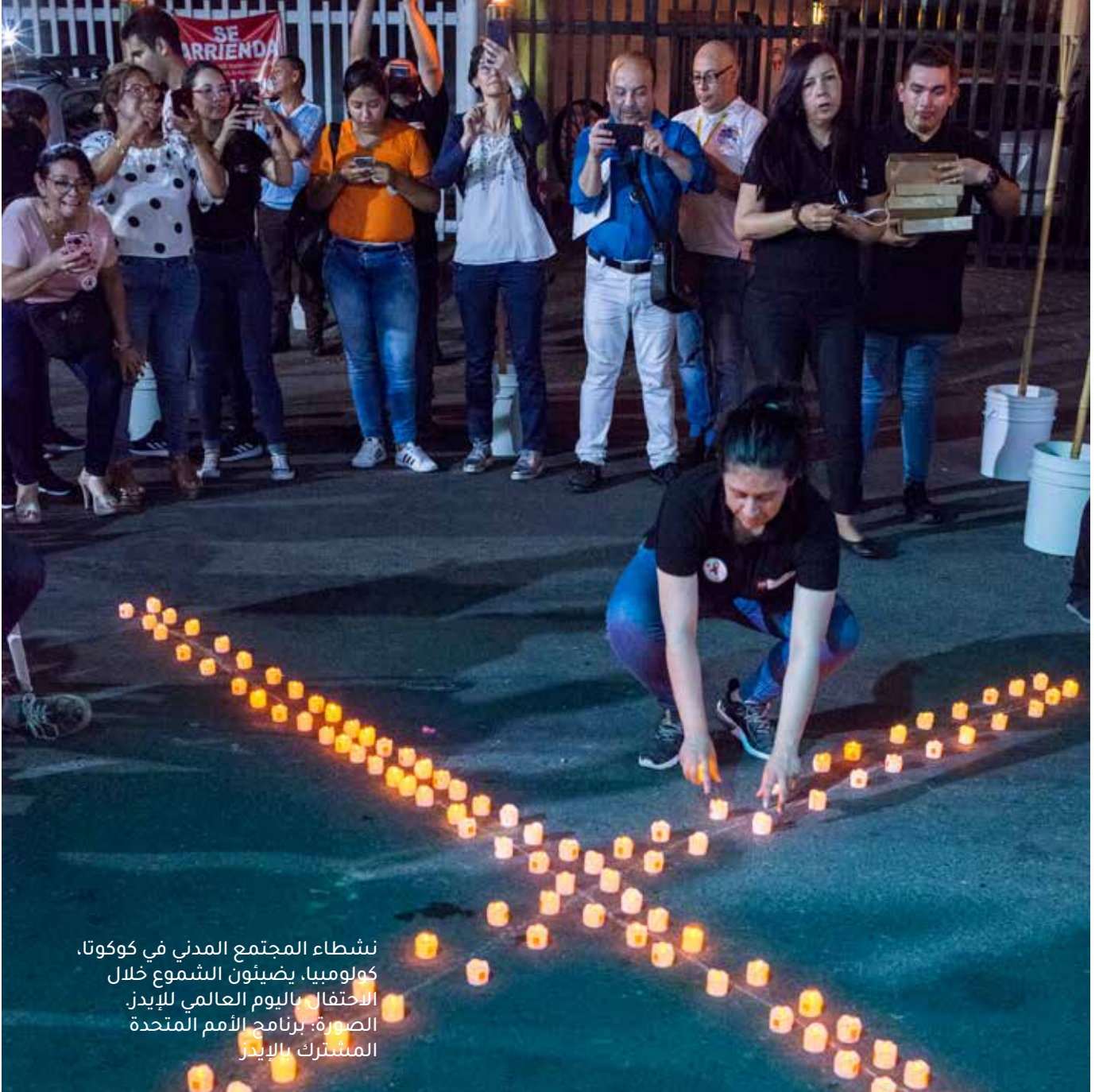
الصورة: صورة للأمم المتحدة/ لوي فيليب

04

قيادة المجتمع

لعقود من الزمان، ظلت المجتمعات المحلية المتضررة تدفع الاستجابة العالمية لفيروس نقص المناعة البشري إلى الأمام. وتكاتف المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية والنساء والشباب وغيرهم من أجل توسيع مدى الوصول والجودة والمساواة في الخدمات الصحية من خلال شن حملات بلا كلل من أجل اتخاذ إجراءات أقوى. ودق ناقوس الخطر بشأن الفجوات وأوجه الظلم القائمة، ووضع احتياجات الناس في محور اهتمام البرامج الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري. وقد تم تعزيز دورهم الحاسم خلال جائحة كوفيد-19. وتعمل المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي على إذكاء الوعي بالقوانين والممارسات المعيقة، وتحديد الفرص الضائعة، والوصول إلى المجتمعات المهمشة والقيادة بالقدوة. وتتفهم برامج فيروس نقص المناعة البشري الحكومية بشكل متزايد المزايا التي تنطوي عليها الشراكة مع المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي لتقديم خدمات تركز على الناس إلى المجموعات السكانية التي يصعب الوصول إليها، مثل التعاقد الاجتماعي. وتعد نظم المراقبة التي يقودها المجتمع المحلي من الموارد القيمة، حيث تستفيد من معارف وشبكات المنظمات المجتمعية لتعزيز أداء ومساءلة برامج فيروس نقص المناعة البشري. كما يتم الاعتراف بشكل متزايد بمشاركة المجتمع كاستراتيجية أساسية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة (1).

وقد كان للخدمات التي يقودها المجتمع المحلي والخدمات المجتمعية تأثير ملموس خلال جائحة كوفيد-19، حيث قدمت عقاقير وخدمات فيروس نقص المناعة البشري مباشرة إلى الأشخاص الذين هم في أمس الحاجة إليها. وفي كوت ديفوار وإندونيسيا وكينيا وغيرها من البلدان، قامت التنظيمات المجتمعية بتوصيل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والسل إلى المنازل أو مراكز الاستقبال المحلية، بينما قامت نظيراتها في إسواتيني وكينيا بتسليم العوازل والمزلاقات وأدوات الفحص الذاتي لفيروس نقص المناعة البشري إلى نقاط التوزيع المجتمعية الرئيسية الصديقة للسكان (2). كما أضافت المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي بعض المهام المرتبطة بجائحة كوفيد-19 إلى أنشطتها، مثل التوعية وتوزيع معدات الحماية الشخصية (3).



نشطاء المجتمع المدني في كوكوتا،
كولومبيا، يضيئون الشموع خلال
الاحتفال باليوم العالمي للإيدز.
الصورة: برنامج الأمم المتحدة
المشترك بالإيدز

تعمل المنظمات التي يقودها المجتمع
المحلي على إذكاء الوعي بالقوانين والممارسات
المعيقة، وتحديد الفرص الضائعة، والوصول إلى
المجتمعات المهمشة والقيادة بالقُدوة.

تلعب المنظمات التي
يقودها المجتمع المحلي
دورًا حيويًا خلال جائحة
كوفيد-19، حيث تقدم
عقاقير وخدمات فيروس
نقص المناعة البشري
مباشرة إلى الأشخاص الذين
هم في أمس الحاجة إليها.

يدعو إعلان الأمم المتحدة السياسي بشأن الإيدز لعام 2021 إلى إدراج الشبكات المجتمعية العالمية والإقليمية والوطنية ودون الوطنية في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بتدابير التصدي لفيروس نقص المناعة البشري والتخطيط لها وتنفيذها ورصدها، وتزويد هذه المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي بما يكفي من الدعم الفني والمالي. كما دعا الإعلان البلدان إلى ضمان توفير المنظمات التي يقودها المجتمع المحلي 30% من خدمات الاختبار والدعم العلاج، و80% من خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري للمجموعات السكانية الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالفيروس، و60% من البرامج الرامية إلى دعم تحقيق عوامل التمكين المجتمعية، وذلك بحلول عام 2025.¹

وهناك الكثير الذي يتعين عمله لتحويل تلك الالتزامات إلى حقيقة واقعة. فعلى سبيل المثال، تؤكد خارطة الطريق الخاصة بالتحالف العالمي للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري لعام 2020 على التعاقد الاجتماعي، ولكن في عام 2020، لم يتخذ سوى 11 من أصل 28 بلدًا هي موضع تركيز تقارير التحالف الخطوات المطلوبة لكي يقوم التعاقد الاجتماعي بدوره في تعظيم مساهمة المعارف والشبكات والموارد المجتمعية في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري (2).

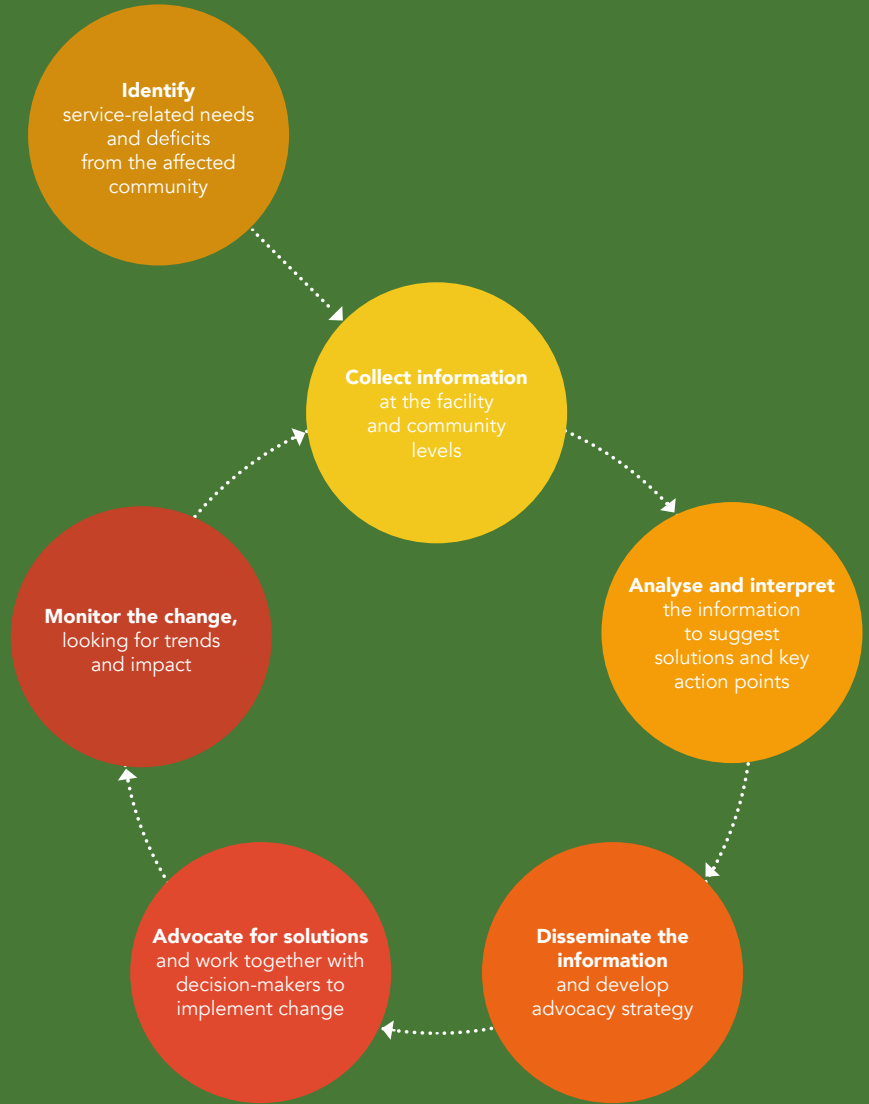
¹ يجب أن تركز خدمات دعم الاختبار والعلاج على اختبارات الكشف عن فيروس نقص المناعة البشري، وربط المرضى بالعلاج، ودعم الالتزام بالعلاج واستبقاء المرضى في الرعاية، ومحو الأمية العلاجية.

أعضاء شبكة جامايكا للأشخاص
الإيجابيين مصليًا
الصورة: برنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بالإيدز



الشكل 4.1 | إدراج الرصد بقيادة المجتمع المحلي في عملية مراجعة الخدمات وتحسينها

المصدر: مقتبس من: O'Neill Institute, Treatment Action Campaign, Health Gap, ITPC, ICW, Sexual Minorities Uganda (SMUG) et al. Community-led monitoring of health services: building accountability for HIV service quality. 2020 (<https://healthgap.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led-Monitoring-of-Health-Services.pdf>).



وعبر المستجيبون عن تقييمهم للخدمات دون موارد ولا تنميق. فقال أحد المستجيبين: "يجب أن تدفع مبالغ كبيرة إذا كنت بحاجة إلى زيارة الطبيب"، وقال آخر عن إحدى العاملات في مجال الرعاية الصحية: "إذا لم تكن ودودة، فينبغي إخراجها من هذا القسم". ودعا مستجيبون آخرون إلى "أدوية ليس لها آثار جانبية"، وحثوا على منح الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال قدرًا أكبر من الاحترام والحفاظ على الخصوصية.

وأوضحت عملية الرصد أيضًا أسباب ضعف الإقبال على اختبار فيروس نقص المناعة البشري، حيث أشار المستجيبون إلى نقص المعلومات (22% من المستجيبين)، والميل إلى عدم معرفة حالة إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشري (17%)، والشعور بأن فحص الفيروس ليس أولوية شخصية (15%)، والمخاوف بشأن انتهاكات السرية فيما بين مقدمي الرعاية الصحية (10%).

دراسة حالة

الرصد بقيادة المجتمع المحلي يدعم تقديم الخدمات في ناكيبيا ونيجيريا

أبرزت الثغرات المستمرة في برامج فيروس نقص المناعة البشري ضرورة الوصول إلى فهم أفضل لتجارب الناس الذين يلتمسون الخدمات الخاصة بالفيروس. فقد تغفل عمليات الرصد والتقييم الروتينية المشكلات المتعلقة بتوافر الخدمات وإمكانية الوصول إليها والقدرة على تحمل تكاليفها وجودتها وموثوقيتها، فضلاً عن قبولها وملاءمتها لمختلف المجموعات السكانية. ويمكن للرصد الذي يقوده المجتمع المحلي تعيين أوجه القصور وتحديد التدابير التصحيحية الواجب اتخاذها والدعوة إلى إجراء التحسينات.

وتعتمد عمليات الرصد التي يقودها المجتمع المحلي على منصة منظّمة ومراقبين أقران مدربين تدريباً صارماً لجمع وتحليل البيانات النوعية والكمية الخاصة بتقديم خدمات فيروس نقص المناعة البشري بشكل منهجي ودوري (1). ويتم نشر هذه المعلومات بين الشركاء وصانعي القرار، ثم تأتي الدعوة إلى إجراء تحسينات محددة، ثم رصد تنفيذ التغييرات بعد ذلك (الشكل 4.1) (2). وكما يوحى الاسم، فإن هذه العملية تقودها وتنفذها منظمات الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري التي يقودها المجتمع المحلي، وشبكات المجموعات السكانية الرئيسية، وغيرها من المجموعات أو الكيانات المجتمعية المتضررة الأخرى.

وفي نيجيريا، يتولى الائتلاف الدولي للتأهب للعلاج في غرب إفريقيا وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز دعم عملية رصد طموح يقودها المجتمع المحلي بقيادة شبكة الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في نيجيريا (NEPWHAN). ويجري تنفيذ المرحلة الأولى في ثماني ولايات في جنوب البلاد، مع التركيز على النساء والفتيات، والمجموعات السكانية الرئيسية (لا سيما النساء العاملات في مجال الجنس والرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال) والمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري.

وقد أصدرت المبادرة تقريرها الأول في مارس/آذار 2021، استناداً إلى البيانات التي جمعتها شبكة NEPWHAN من سبتمبر/أيلول إلى ديسمبر/كانون الأول 2020 في 74 زيارة للمرافق الصحية، من 100 مقابلة شخصية وأو مناقشات لمجموعات التركيز، ومن خلال مراجعة ما يقرب من 280 تقريراً عن البيانات، وقامت الوكالة الوطنية لمكافحة الإيدز بدعم هذه العملية.

حدد التقرير عدة عوائق رئيسية أمام الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري في نيجيريا. وشمل ذلك بُعد المسافة عن مرافق العلاج (20% من المستجيبين)، والنفقات الباهظة التي يدفعها الأشخاص من جيوبهم الخاصة (11%) ونفاذ مخزون الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في أقرب المرافق الصحية (11%) (الشكل 4.2) (3). وتضمنت العوائق الأخرى الافتقار الملحوظ للسرية في المرافق الصحية والوصم والتمييز والآثار الجانبية للعلاج (4). كما أن نسبة لا تتجاوز الربع من المرافق الصحية التي شملتها الدراسة تقدم دعماً مخصصاً وفقاً لاحتياجات المجموعات السكانية الرئيسية، وفيما يبدو أن جائحة كوفيد-19 قد ساهمت في تفاقم الوضع. كما أُشير إلى انقطاع الخدمة بسبب الجائحة باعتباره من العوائق التي تحول دون الوصول إلى الخدمات.

1. Establishing community-led monitoring of HIV services. Principles and processes. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf).
2. Community-led monitoring of health services: building accountability for HIV service quality. White paper. Washington (DC): Healthgap; 2020 (https://healthgap.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led-Monitoring-of_Health-Services.pdf).
3. Community-led monitoring (CLM) initiative on COVID-19 and HIV in Nigeria, first phase report. March 2021.
4. Adebowale N. HIV treatment still expensive for many Nigerians—report. In: Premium Times [Internet]. 11 March 2021. The Premium Times; c2020 (<https://www.premiumtimesng.com/health/health-news/448135-hiv-treatment-still-expensive-for-many-nigerians-report.html>).
5. Personal communication between UNAIDS Nigeria and Nigeria's Ministry of Health and partners, April 2021.

البشري، وإجراء مشاورات مع المجتمع المحلي وأصحاب المصلحة، ووضع استراتيجية وخطة تنفيذ تشمل المؤشرات وإجراءات إدارة البيانات وعمليات جمع البيانات. كما عُقدت دورات تدريبية على الرصد والدعوة في ديسمبر/ كانون الأول 2020، تلاها تدريب لجامعي البيانات في يناير/ كانون الثاني 2021. وبدأت المنظمات الشعبية الثلاث التي تقود البرنامج في جمع البيانات في المرافق الصحية في أبريل/نيسان 2021.

وتكشف تجربتنا الرصد بقيادة المجتمع المحلي عن تحديات يمكن أن تستفيد منها الجهود المماثلة في بلدان أخرى. فعلى سبيل المثال، يجب التوفيق بين المؤشرات المطلوبة لتقارير المانحين وتلك التي تعكس أولويات المجتمع المحلي. ومن المهم أيضًا اختيار عدد واقعي من المؤشرات ومواقع البيانات بحيث يكون التحليل المنتظم للبيانات أمرًا ممكنًا، وحتى يتوفر الوقت والموارد الكافية لمبادرات الدعوة اللاحقة. لكن الدرس الأكبر حتى الآن هو أن المجتمعات المحلية عندما يتم دعمها وتدريبها وتفويضها بشكل كافٍ، فإنها تكون قادرة على توليد المعلومات والأفكار التي يمكن أن تساعد في سد الفجوات المستمرة في برامج فيروس نقص المناعة البشرية.

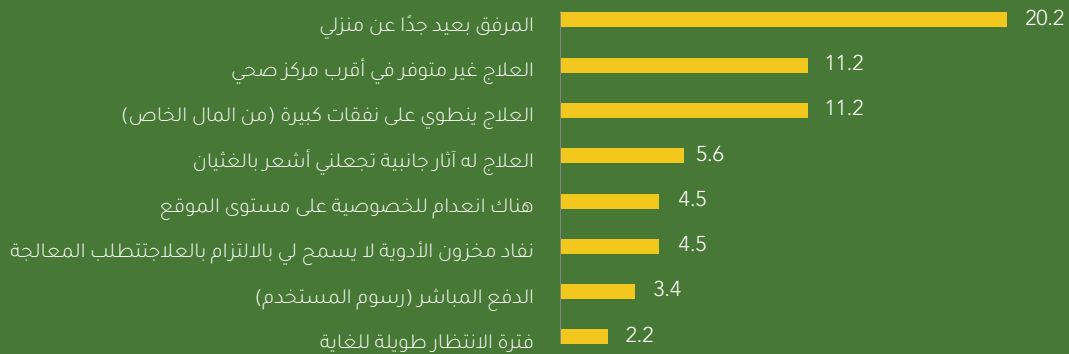
واستناداً إلى النتائج، تم وضع جدول أعمال للدعوة، مع توصيات محددة لكل من القضايا الرئيسية التي تم تحديدها في عملية الرصد. وجاري بالفعل متابعة التوصيات. ويشمل ذلك اقتراح وزارة الصحة لشراء مجموعات الاختبار الذاتي لفيروس نقص المناعة البشرية لجميع المرافق في نيجيريا، ومراجعة خطة رئيس الولايات المتحدة للطوارئ للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا لدعم شبكة NEPWHAN من أجل توسيع نطاق عملية الرصد التي يقودها المجتمع المحلي لتشمل دولاً أخرى (5).

ويتمثل أحد الدروس الكبرى المستفادة من المرحلة الأولى من عملية الرصد التي يقودها المجتمع المحلي في نيجيريا في ضرورة بناء القدرات بصفة مستمرة حتى تتمكن المنظمات المجتمعية من الاستفادة الكاملة من هذه الفرصة للارتقاء بمستوى الخدمات وتعزيز المساءلة بين صانعي السياسات والمكلفين بالمسؤولية. ومن المقرر أن تُنفذ المرحلة التالية في ست ولايات في شمال نيجيريا.

وفي ناميبيا، أحرزت عملية الرصد التي يقودها المجتمع المحلي تقدماً سريعاً، على الرغم من جائحة كوفيد-19؛ إذ طورت منظمات المجتمع المدني ووزارة الصحة والخدمات الاجتماعية (بدعم تقني وأنواع أخرى من الدعم من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز والصندوق العالمي وخطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز/ مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها) استراتيجية رصد يقودها المجتمع المحلي، وقام المركز الوطني لمكافحة الإيدز باعتمادها. وتم تقديم الدعم التقني لرسم خرائط وإجراء تحليلات لوضع استجابة ناميبيا لفيروس نقص المناعة

الشكل 4.2 | العوائق التي تحول دون الوصول إلى خدمات علاج فيروس نقص المناعة البشرية، ولايات مختارة في نيجيريا، سبتمبر/أيلول-ديسمبر/كانون الأول 2020

نسبة المستجيبين الذين أبلغوا عن وجود عائق أمام وصولهم إلى خدمات علاج فيروس نقص المناعة البشرية (%)



المصدر: مبادرة الرصد الذي يقوده المجتمع المحلي بشأن جائحة كوفيد-19 وفيروس نقص المناعة البشرية في نيجيريا، تقرير المرحلة الأولى، مارس/آذار 2021، أبوجا: شبكة الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في نيجيريا (NEPWHAN) : 2021. ملحوظة: عدد المستجيبين للمسح يبلغ 89

أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ القضاء على كافة أشكال العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، بما في ذلك عنف الشريك الحميم، من خلال:

- إقرار وتطبيق القوانين والاستراتيجيات.
- تغيير القوالب النمطية الجنسانية الضارة والأعراف والمفاهيم والممارسات الاجتماعية السلبية.
- تقديم خدمات مصممة خصيصًا للتصدي لأشكال متعددة ومتقاطعة من التمييز والعنف اللذين تعاني منهما النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضات للإصابة به والمتضررات منه.

■ خفض عدد النساء والفتيات والأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين للإصابة به والمتأثرين به والذين يعانون من اللامساواة على أساس النوع الاجتماعي والعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، إلى ما لا يزيد عن 10%.

■ التأكد من أن 95% من النساء والفتيات في سن الإنجاب قد تمت تلبية احتياجاتهن من فيروس نقص المناعة البشري وخدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك الرعاية والمعلومات والمشورة قبل الولادة وبعدها.

■ إعمال الحق في التعليم لجميع الفتيات والشابات، وتمكين المرأة اقتصاديًا.

■ توسيع نطاق تدخلات الحماية الاجتماعية للفتيات والشابات، وإشراك الرجال والفتيان في جهود مكثفة لتغيير الأعراف الاجتماعية السلبية والقوالب النمطية الجنسانية.

05

المساواة بين الجنسين

ما

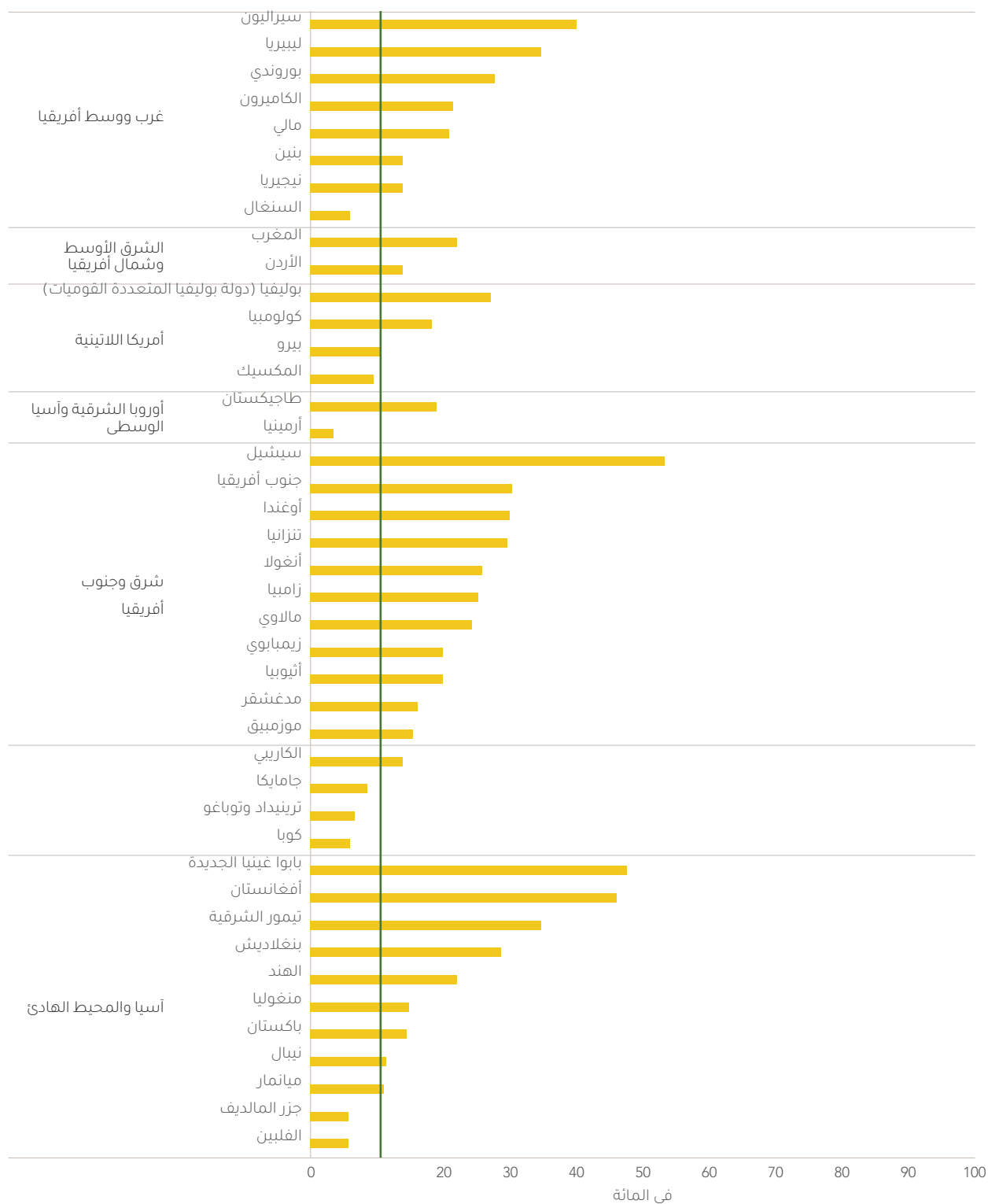
فتتت اللامساواة والتمييز بين الجنسين أن يسلبا من النساء والفتيات حقوقهن الإنسانية الأساسية، بما في ذلك الحق في التعليم والصحة والفرص الاقتصادية. كما أن عدم التمكين الناتج عن ذلك يحرم النساء والفتيات من استقلاليتهن الجنسية وسلطة صنع القرار وكرامتهن وسلامتهن. ويعد العنف القائم على النوع الاجتماعي من أبرز المظاهر الصارخة للامساواة بين الجنسين؛ حيث تعرضت واحدة من كل ثلاث نساء تقريباً في جميع أنحاء العالم للعنف الجسدي و/أو الجنسي من جانب العشير أو من جانب غير العشير أو لكليهما طوال حياتهن (1). ويؤثر العنف القائم على النوع الاجتماعي أيضاً سلباً على صحة وحياة ملايين الأشخاص داخل مجتمعات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي وعابري/عابرات الجنس وثنائيي الجنس في جميع أنحاء العالم (2).

يضر العنف بصحة النساء والفتيات الجسدية والعقلية؛ ويمكن أن يزيد أيضاً من خطر إصابتهن بفيروس نقص المناعة البشري (3). وقد يؤدي العنف ضد النساء المتعايشات مع الفيروس-بما في ذلك العنف من جانب العشير والعنف المؤسسي والعنف أثناء الولادة (أو ما يُعرف بعنف التوليد) إلى انخفاض الوصول إلى العلاج والالتزام به، وانخفاض عدد خلايا CD4 وزيادة الأحمال الفيروسية (4). وتتأثر النساء والفتيات بشكل خاص بزيادة العنف وفقدان الدخل وتفاقم انعدام الأمن الاقتصادي المرتبط بجائحة كوفيد-19 (5، 6). وعلى الرغم من أن بعض البلدان تتخذ خطوات إضافية لمنع وقوع العنف ضد المرأة ودعم الناجيات، فما زال هناك 32 دولة تفتقر إلى وجود قوانين خاصة لمكافحة العنف المنزلي (7).

وفي العديد من البلدان، تقل احتمالية إتمام الفتيات للتعليم الثانوي مقارنة بالفتيان، كما أن جودة تعليمهن تتأثر بسبب تعرضهن للتمييز في المدارس. وثمة أدلة على أن إكمال التعليم الثانوي من شأنه المساهمة في حماية الفتيات من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، فضلاً عن فوائده الاجتماعية والاقتصادية الأوسع (8). ومع ذلك، فإن إغلاق المدارس بسبب جائحة كوفيد-19 يهدد فرص الأطفال في التعليم، وخاصة الأطفال في الأسر المعيشية الفقيرة (9).

وتتطلب معالجة هذه القضايا مشاركة هادفة من النساء والفتيات بكل تنوعهن- بما في ذلك النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري والنساء اللائي ينتمين إلى المجموعات السكانية الرئيسية- في عملية صنع القرار، ودعم الأدوار القيادية للمنظمات النسائية والحركات النسوية في الاستجابة للفيروس.

الشكل 5.1 | النسبة المئوية للنساء اللاتي سبق لهن الزواج أو المعاشرة (تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا) وتعرضن للعنف الجسدي و/أو الجنسي من قبل الشريك الحميم خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، البلدان التي لديها بيانات متاحة، حسب المنطقة، 2015-2020



هدف عام 2025

المصدر: المسوح السكانية، 2015-2020

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

العنف القائم على النوع الاجتماعي لا يزال أمرًا شائعًا

هناك حاجة ماسة إلى عمل تدخلات وتوفير الخدمات لمنع وقوع العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي ولدعم الناجيات من العنف.

وعلى الصعيد العالمي، تعرضت أكثر من واحدة من كل 10 (13%) من النساء المتزوجات أو الشريكات (اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا) للعنف الجسدي و/أو الجنسي من جانب الشريك الحميم (أو العشير) خلال الأشهر الـ 12 الماضية (1). وفي الفترة بين عامي 2015 و2020 حققت سبعة بلدان فقط من أصل 43 بلدًا لديها بيانات متاحة الهدف المحدد لعام 2025 المتمثل في أقل من 10% (الشكل 5.1). وقد أجرى اثنان من هذه البلدان السبعة-الفلبين والسنغال-دراسات استقصائية متعددة على مر السنين تشير إلى حدوث انخفاض مطرد في معدلات عنف الشريك الحميم الأخيرة.¹

وقد وجدت دراسة أجرتها منظمة الصحة العالمية في عام 2013 حول العبء الصحي المرتبط بالعنف ضد المرأة أنه في بعض المناطق كانت النساء اللائي تعرضن لعنف الشريك الحميم أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بمقدار 1.5 مرة. مقارنة بالنساء اللائي لم يتعرضن لعنف الشريك الحميم (10). وعلى نحو مماثل، كشفت دراسات حديثة أجريت في توغو وأوغندا وتحليل بيانات المسح السكاني في زامبيا -عن وجود مخاطر أعلى للإصابة بالفيروس بين النساء اللائي يبلغن عن تعرضهن لأشكال مختلفة من عنف الشريك الحميم (11-13). وتعرض النساء اللائي يستخدمن المخدرات بالحقن لمستويات عالية من العنف الجسدي والجنسي، مما يساهم في ارتفاع مخاطر الإصابة بالفيروس، ولكن غالبًا ما تتجاهلهن برامج الحد من الضرر لأن الغالبية العظمى من الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات على مستوى العالم هم من الرجال (14).

ويؤدي الوصم والتحيز المتجذران بعمق ضد المثليات والمثليين ومزدوجي الميول الجنسية والعابرين والعابرات جنسيًا والأشخاص بيني الجنس والقوانين واللوائح التمييزية التي تهيئ مناخًا يتم فيه التغاضي عن خطاب الكراهية والعنف والتمييز إلى تكريس العنف الممارس ضد هذه الفئات بدرجات مرتفعة. وتتراوح أعمال العنف من الإقصاء والتمييز بصفة يومية إلى التعذيب والقتل التعسفي. ولا توجد بيانات شاملة ومنهجية عن عدد ضحايا العنف، لكن الخبر المستقل المعين من قبل الأمم المتحدة قدرهم بالملايين سنويًا (2). وفي ولاية فرجينيا الأمريكية، يتعرض نحو 45% من العابرين والعابرات جنسيًا لشكل من أشكال الإيذاء القائم على النوع الاجتماعي، بما في ذلك العنف الجسدي أو الجنسي؛ والتمييز الاجتماعي أو في مكان العمل أو السكن؛ الرفض من جانب الأسرة أو في السياقات الاجتماعية أو وسائل الإعلام (15-18). وقد ارتبطت هذه التجارب بالاكتئاب والقلق واستخدام المواد المخدرة وخطر الانتحار (19-21).

ويعد الشركاء الحميمون مصدرًا شائعًا بشكل مثير للقلق للعنف تجاه العابرين والعابرات جنسيًا. وقد وجدت مراجعة منهجية أجريت في عام 2020 لـ 74 مجموعة بيانات كمية عن عنف الشريك الحميم في فئات العابرين والعابرات جنسيًا أن متوسط انتشار العنف الجسدي من جانب الشريك الحميم بين الأفراد العابرين جنسيًا بلغ 37,5% (22). وبلغ معدل انتشار العنف الجنسي من جانب الشريك الحميم مدى الحياة 25,0%. فيما بلغت نسبة العنف الجسدي من جانب الشريك الحميم في العام الماضي 16,7%، والعنف الجنسي من جانب الشريك الحميم في العام الماضي 10,8% (22). وفي لима عاصمة بيرو، وجدت دراسة مقطعية أجريت على 576 من الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والنساء العابرات جنسيًا أن 7,9% من الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال و15,0% من النساء العابرات جنسيًا أفادوا بتعرضهم لعنف الشريك الحميم من جانب واحد على الأقل من آخر ثلاثة شركاء (23).

¹ البيانات مستمدة من المسوح السكانية لأعوام 2008 و2013 و2017 في الفلبين، وأعوام 2017، و2018 و2019 في السنغال.

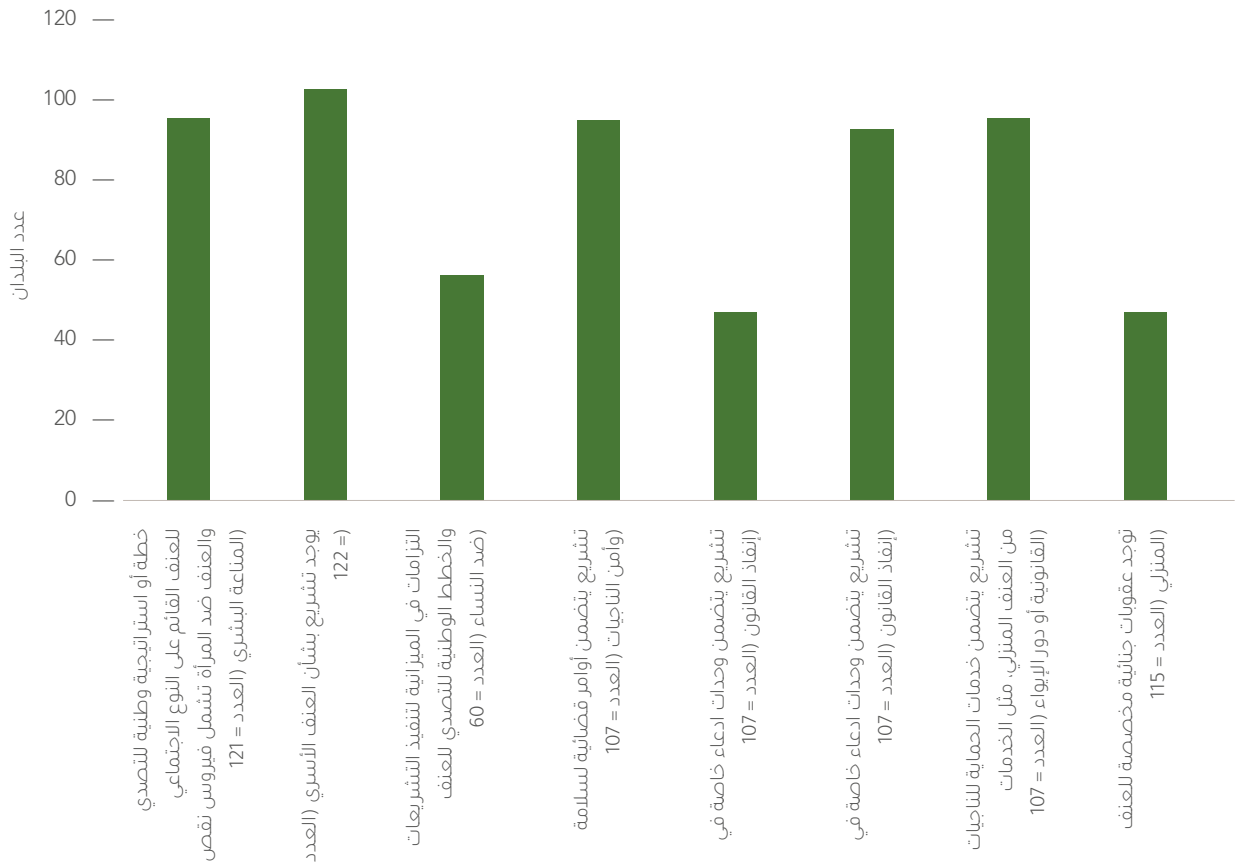
تنفيذ تشريعات العنف المنزلي

بيانات
فيروس
نقص
المناعة
البشري

تؤدي القوانين التي تسمح بممارسة العنف ضد النساء والفتيات إلى تعريضهن للأذى البدني والنفسي، واستمرار اللامساواة بين الجنسين وتقويض الاستجابات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري (25). ومن ثم، يجب أن تحمي القوانين والسياسات النساء والفتيات من العنف، وأن تكفل للناجيات فرصة الحصول على الدعم الكافي والمناسب وتحقيق الإنصاف القانوني ضد مرتكبي أعمال العنف.

ومن بين الدول التي قدمت معلومات لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، أفادت 103 دولة بأن لديها تشريعات خاصة بالعنف المنزلي. كما أشارت الغالبية العظمى إلى أن هذه التشريعات تتضمن عقوبات جنائية لمرتكبي العنف، وأوامر قضائية وخدمات حماية للناجيات. وأفادت 96 دولة بأن لديها خطة أو استراتيجية وطنية للتصدي للعنف القائم على النوع الاجتماعي والعنف ضد المرأة بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشري، فيما أفادت 47 دولة بأن لديها أحكامًا قانونية خاصة تحظر العنف ضد الأشخاص على أساس إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشري أو انتمائهم لأحد المجموعات السكانية الرئيسية (الشكل 5.3). وحتى في حالة وجود السياسات والتشريعات ذات الصلة، فثمة تباين يكون في طريقة تنفيذها وجودتها.

الشكل 5.3 | البلدان التي توجد بها أحكام خاصة بالعنف، البلدان التي لديها بيانات متاحة، 2017-2021



بيانات فيروس نقص المناعة البشري

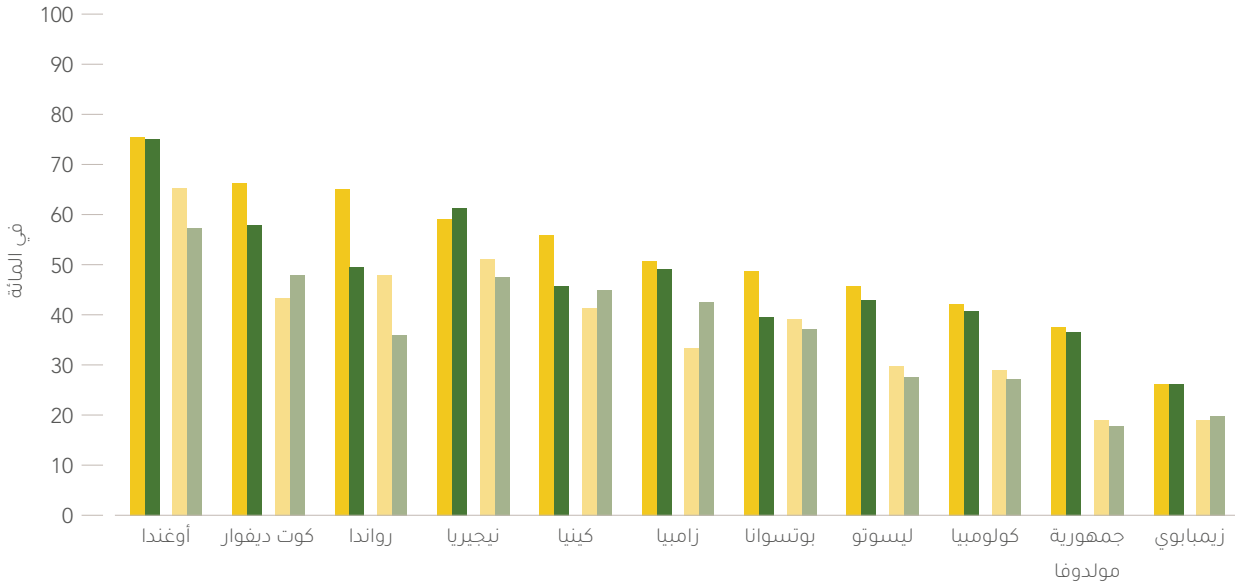
العنف يؤثر سلبيًا على الأطفال

غالبًا ما تقع تجارب العنف في وقت مبكر من الحياة. وثمة روابط بين التعرض للعنف في مرحلة الطفولة وزيادة خطر الإصابة: بفيروس نقص المناعة البشري وغيره من الأمراض المنقولة جنسيًا؛ ومشاكل الصحة النفسية؛ وتأخر التطور المعرفي؛ وضعف الأداء المدرسي والتسرب من التعليم؛ والحمل المبكر؛ ومشاكل الصحة الإنجابية؛ والأمراض السارية وغير السارية؛ ووقوع إصابات (24).

ومن بين 11 دولة لديها بيانات متاحة عن الفترة ما بين عامي 2016 و2020، تراوحت نسبة العنف (الجسدي والجنسي و/أو العاطفي) الذي تعرض له الأطفال (من سن 13 إلى 17 عامًا) خلال الأشهر الـ 12 السابقة من 19,2% في جمهورية مولدوفا وزيمبابوي إلى 65,4% في أوغندا بين الذكور، ومن 17,7% في جمهورية مولدوفا إلى 57,5% في أوغندا بين الإناث (الشكل 5.2).

وترتفع نسبة الشباب (من سن 18 إلى 24 عامًا) الذين عانوا من شكل واحد أو أكثر من أشكال العنف أثناء الطفولة (قبل سن 18) في جميع البلدان الـ 11 التي تتوفر بها بيانات عن الفترة بين عامي 2016 و2020، حيث تتراوح ما بين 26,3% في زيمبابوي و75,6% في أوغندا بين الذكور، وبين 26,5% في زيمبابوي و75,3% في أوغندا بين الإناث.

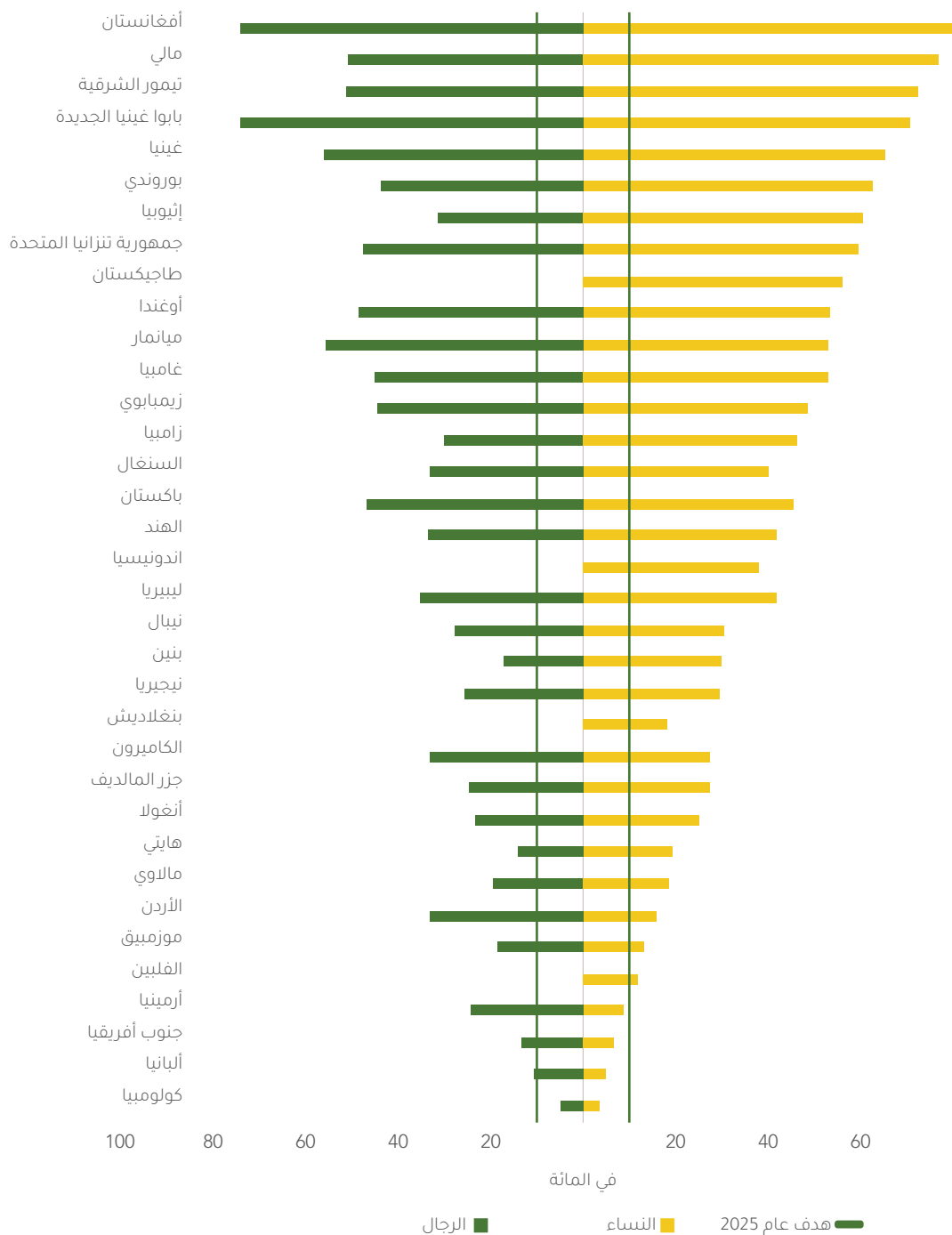
الشكل 5.2 | الأطفال (سن 13 إلى 17 عامًا) والشباب (سن 18 إلى 24 عامًا) الذين عانوا من شكل واحد أو أكثر من أشكال العنف في الطفولة، البلدان التي تتوفر بها البيانات، 2016-2020



■ الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و24 عامًا) الذين تعرضوا للعنف قبل بلوغهم سن 18 عامًا
■ الأطفال الذكور (الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و17 عامًا) الذين تعرضوا لشكل واحد أو أكثر من أشكال العنف خلال الأشهر الـ 12 السابقة

■ الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و24 عامًا) الذين تعرضوا للعنف قبل بلوغهم سن 18 عامًا
■ الأطفال الذكور (الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و17 عامًا) الذين تعرضوا لشكل واحد أو أكثر من أشكال العنف خلال الأشهر الـ 12 السابقة

الشكل 5.4 | النسبة المئوية للشباب والشابات (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عامًا) الذين يوافقون على وجود ما يبرر للزوج أن يهاجم زوجته أو يضربها، البلدان التي لديها بيانات متاحة، 2015-2020



المصدر: المسوح الديموغرافية والصحية، 2015-2020

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

الأعراف الضارة المتعلقة بالنوع الاجتماعي لازالت قائمة بين الشباب

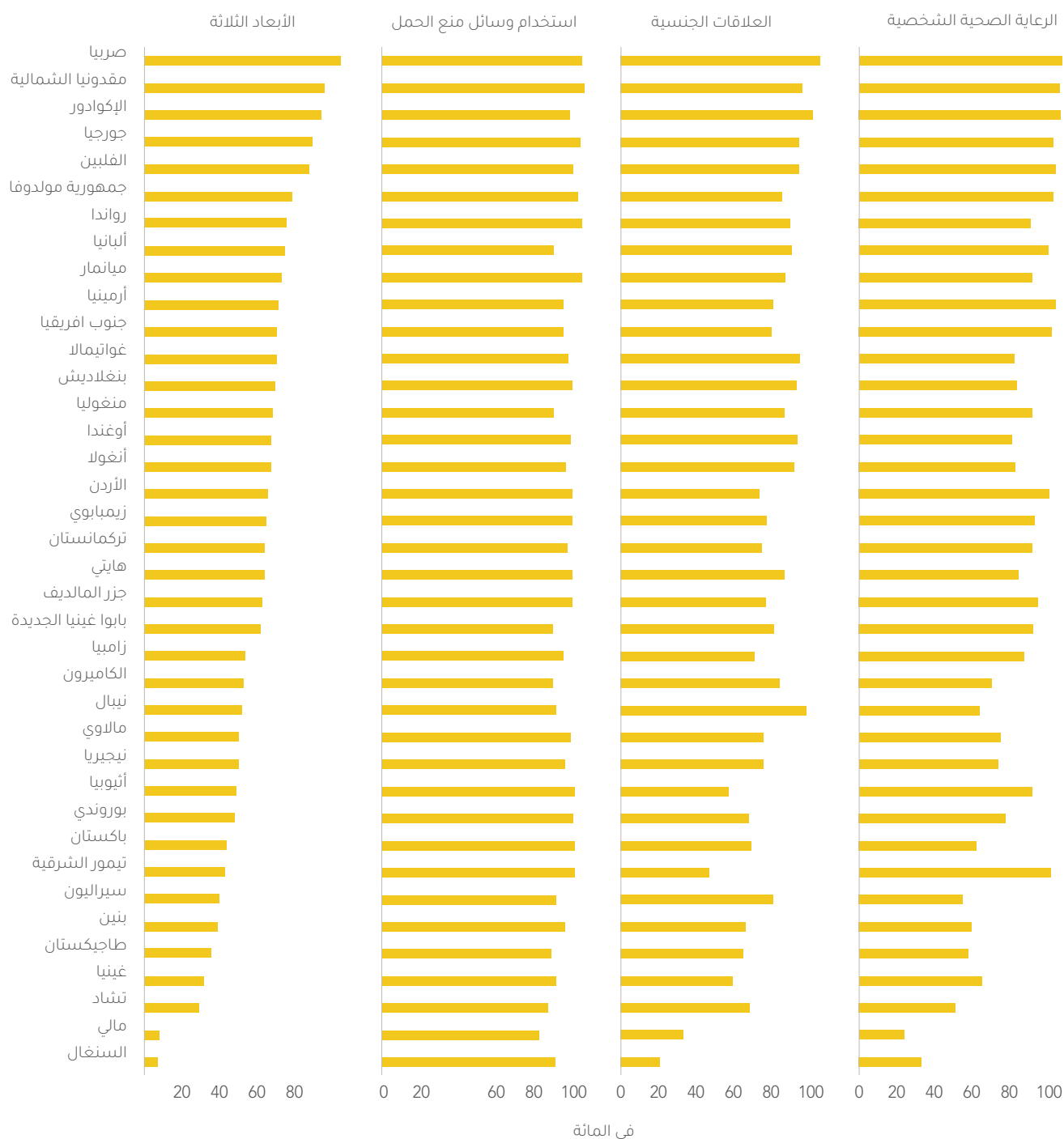
يتطلب تحقيق المساواة بين الجنسين تغيير الأعراف غير المنصفة بين الجنسين، وتتضمن الاستراتيجية العالمية للإيدز 2021-2026 هدفًا يتمثل في العمل على أن تكون نسبة الأشخاص الذين يدعمون المعايير الجنسية غير المنصفة أقل من 10% بحلول عام 2025. ومع ذلك، تشير البيانات المتاحة إلى استمرار العديد من الشباب والشبان في تبرير هذه الأعراف، مثل ممارسة العنف ضد المرأة من قبل العشير. وعبر 36 بلدًا تتوفر لديها البيانات، تراوحت النسبة المئوية للشباب (من سن 15 إلى 24 عامًا) اللائي وافقن على أن هناك ما يبرر مهاجمة الرجل لزوجته أو ضربه لها لسبب واحد محدد على الأقل، بين 3% في كولومبيا و80% في أفغانستان (الشكل 5.4). وكانت مواقف الشباب من نفس العمر مماثلة. يشير هذا المؤشر غير المباشر إلى أن ضرورة العمل بشكل مكثف في معظم البلدان لضمان تعزيز المعايير المنصفة. وإنهاء العنف ضد المرأة، ومنع وتخفيف تأثير فيروس نقص المناعة البشري.

يواصل العديد من الشباب والشبان تبرير الأعراف الجنسية غير المنصفة، مثل العنف ضد المرأة من قبل الشريك الحميم.

الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك
المعني بالإيدز



الشكل 5.5 | النسبة المئوية للنساء (اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا) المتزوجات أو المرتبطات حاليًا ويستخدمن وسائل منع الحمل اللواتي يتخذن قراراتهن المستنيرة فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية واستخدام وسائل منع الحمل والرعاية الصحية الشخصية، البلدان التي تتوفر لديها بيانات، 2015-2020



بيانات فيروس نقص المناعة البشري

ثلاثة أبعاد للاستقلالية

تعهدت الجمعية العامة للأمم المتحدة بضمان حصول 95% من النساء والفتيات في سن الإنجاب على احتياجاتهن الخاصة بخدمات فيروس نقص المناعة البشري ورعاية الصحة الجنسية والإنجابية بحلول عام 2025، بما في ذلك الرعاية والمعلومات والمشورة الطبية قبل الولادة وبعدها.

ولا تزال الضغوط المجتمعية والسلوكيات المسيطرة والقسرية التي ينتهجها الرجال تمنع العديد من النساء من استخدام وسائل منع الحمل، ورفض ممارسة الجنس غير المرغوب فيه واتخاذ قراراتهن الخاصة بشأن رعايتهن الصحية. وفي معظم البلدان، تتخذ نسب كبيرة نسبياً من النساء قراراتهن الخاصة في واحد أو اثنين من هذه الأبعاد الخاصة بالاستقلال الجسدي، ولكن من غير المرجح أن تتمكن النساء من اتخاذ قرارات مستقلة بشأن الأبعاد الثلاثة جميعها (الشكل 5.5). ففي السنغال، على سبيل المثال، أفادت 85% من النساء (المتزوجات أو المرتبطات ويستخدمن حالياً وسائل منع الحمل) أنهن قادرات على اتخاذ قراراتهن الخاصة بشأن استخدام وسائل منع الحمل، فيما تستطيع 31% فقط اتخاذ قرارهن الخاص بشأن رعايتهن الصحية، و19% يمكنهن القيام بذلك فيما يتعلق بعلاقاتهن الجنسية. وبشكل عام، تكون سلطة اتخاذ القرار أقوى بين النساء الأكبر سناً والنساء الحاصلات على مستوى تعليمي عالٍ، واللائي يعشن في المناطق الحضرية واللائي تنتمي أسرهن المعيشية إلى الشرائح الخمسية الأكثر ثراء (26).

امرأة تتلقى جوب منع
الحمل من عيادة متنقلة في
نزفيمبو، زمبابوي.
الصورة: برنامج الأمم
المتحدة المشترك المعني
بالإيدز



وتتبنى المبادرة نهجاً مرناً يراعي اختلاف الحالات، كما توضح منسقة البرنامج إيرين جورياتشايلا، "إننا لا نتعامل فقط مع قضايا التمييز في إحدى مؤسسات الرعاية الصحية أو مكافحة العنف-بل ننظر إلى المرأة كشخص من وجهات نظر مختلفة".

وتؤكد محللة البرامج في هيئة الأمم المتحدة للمرأة، نيجينا عزيزوف "إن المشاركات في البرنامج الإرشادي للسنة الأولى قادرات على التعرف على العلاقات غير الصحية والسلوكيات المسيئة، وهن أكثر يقظة للتمييز والعنف المحتملين، ومجهزات بشكل أفضل للوصول إلى الخدمات الأساسية واتخاذ الخطوات الاحترازية اللازمة لحماية صحتهن في ظل جائحة كوفيد-19".

وتقول نادية كيلار، إحدى المشاركات في البرنامج، "أرى نفسي امرأة حرة-فأنا أفعل ما أريد. وينشأ أطفال في بيئة آمنة. ولا أشعر بالقلق إزاء تشخيصي بفيروس نقص المناعة البشري. وإذا قررت أن أنجب طفلاً آخر، فسوف ألد في مستشفى عادي".

جائحة كوفيد-19 تخلق تحديات إضافية للنساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري

أدت جائحة كوفيد-19 إلى تعريض النساء والفتيات لخطر أكبر، حيث حرمتهن من الدخل وساهمت في تفاقم شعورهن بانعدام الأمن وبالتوتر. وزادت من فرص تعرضهن لسوء المعاملة والعنف (29، 30). وتشير دراسة حديثة أجرتها شبكة النساء في أوراسيا حول الإيدز إلى أن النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري والنساء المنتميات إلى المجموعات السكانية الرئيسية والنساء في المناطق الريفية يتأثرن بشكل خاص (31).³

ووجدت الدراسة أن العديد من النساء في المجموعات السكانية الرئيسية قد تُركن بدون وسيلة للعيش عندما تم تطبيق تدابير الإغلاق. وتوضح إحدى المستجيبات من جمهورية مولدوفا: "أدرك الناس مرة أخرى أنهم غير محميين على الإطلاق، وأنهم لا يمكنهم الاعتماد على الحكومة عندما يجدون أنفسهم في مثل هذا الموقف".

وفي إطار البرنامج الإرشادي في مولدوفا، تم تشكيل شراكة مع منظمة "أمهات من أجل الحياة"، وهي منظمة غير حكومية محلية، ومنظمات خيرية أخرى لتزويد النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري وأسرهن بحزم غذائية ومطهرات وغيرها من السلع المنزلية الأساسية خلال فترة الإغلاق بسبب كوفيد-19. كما تم توفير الاستشارات النفسية الفردية للنساء بغية المساعدة في تخفيف التوتر الذي يشعرون به وإعادة بناء ثقتهن وتحفيزهن.

ومازال البرنامج الإرشادي يباشر عمله، حيث تم تسجيل 50 امرأة أخرى في عام 2021. وظلت المشاركات في السنة الإرشادية الأولى على اتصال مع بعضهن البعض ويقدمن حالياً الدعم لمجموعة هذا العام.

³ تم إجراء المسح في 10 بلدان: أرمينيا، وروسيا البيضاء، وجورجيا، وكازاخستان، وقيرغيزستان، وجمهورية مولدوفا، والاتحاد الروسي، وطاجيكستان، وأوكرانيا وأوزبكستان.

دراسة حالة

النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري في جمهورية مولدوفا يستعدن حياتهن

لا يزال العنف ضد النساء والفتيات شائعًا في أوروبا الشرقية، ويمكن أن تتعرض النساء، لاسيما المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري، لخطر أكبر بكثير بسبب جائحة كوفيد-19.

وفي دراسة استقصائية أجريت في عام 2019 في سبع بلدان في وسط وشرق أوروبا، أفادت 31% من 15,000 مستجيبة بتعرضهن لشكل من أشكال العنف الجسدي و/أو الجنسي بعد سن البلوغ، وقالت 10% منهن إن الحوادث وقعت في العام السابق.² وذكرت 60% من النساء إنهن تعرضن للعنف النفسي. ومع ذلك، فلم تبلغ الكثيرات منهن عن محنتهن، إما لعدم معرفتهن بكيفية الإبلاغ أو لعدم ثقتهن بالسلطات (27).

ويعد هذا العنف شائعًا أيضًا بين النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري. ففي دراسة أجرتها شبكة المرأة الأوروبية الآسيوية حول الإيدز، ذكرت أكثر من نصف (52%) النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى إنهن عانين من العنف الجسدي بعد تشخيص إصابتهن بالفيروس (28). وقد كان العنف النفسي أكثر شيوعًا.

ويعمل أحد البرامج الإرشادية للنساء في جمهورية مولدوفا على معالجة هذه القضايا من خلال مساعدة النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري على إحداث تغيير ملموس وإيجابي في حياتهن. وقد تم إطلاق البرنامج في عام 2020 كمبادرة مشتركة بين هيئة الأمم المتحدة للمرأة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ويربط البرنامج النساء بالمستشارين والموجهين من نظيراتهن، حيث يساعدونهن على فهم حقوقهن وحمايتهن. كما يساعدن على الوصول إلى الخدمات الاجتماعية والاقتصادية التي يمكن أن تحسن حياتهن وتحميهم من العنف القائم على النوع الاجتماعي. وقد شاركت خمسون امرأة متعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري أو متأثرة به في السنة الأولى من البرنامج، والتي شملت التدريب عبر الإنترنت، وجلسات التدريب على الحياة، ومناقشات المائدة المستديرة، وورش العمل الإعلامية.

² البلدان التي شملتها الدراسة هي: ألبانيا، والبوسنة والهرسك، والجبل الأسود، ومقدونيا الشمالية، وجمهورية مولدوفا، وصربيا وأوكرانيا.



خلال جائحة كوفيد-19، أحد مقدمي الخدمات
يجمع بيانات المريض في عيادة متنقلة في
منطقة تشونغوين، مقاطعة غازا، في موزمبيق.
الصورة: صندوق الأمم المتحدة للسكان،
موزمبيق

دراسة حالة

تسليط الضوء على العنف ضد المرأة في موزمبيق

تكثف مبادرة "الأضواء الكاشفة" (Spotlight Initiative) الجهود من أجل التصدي للعنف ضد المرأة في موزمبيق.

وتقول مستشارة جمعية تحالف الشباب الموزمبيقي، دالفا كوستا، إن "التحدي الأكبر يكمن في مواجهة المعلومات المضللة والأساطير الثقافية والشائعات". وتجدر الإشارة إلى أن جمعية تحالف الشباب الموزمبيقي هي إحدى منظمات المجتمع المدني وشريكة لمبادرة "الأضواء الكاشفة"، وتعمل على تعزيز الحقوق الجنسية والإنجابية بين الشباب في موزمبيق (32).

ووجد أحدث مسح ديموغرافي وصحي أجرته موزمبيق أن أكثر من ثلث (37%) النساء قد تعرضن للعنف الجنسي أو الجسدي في مرحلة ما من حياتهن. وقالت أربعة فقط من كل 10 ناجيات من العنف الجنسي أنهن قد تحدثن مع شخص آخر أو التمسن المساعدة (33).

وتتمثل أولويات مبادرة "الأضواء الكاشفة" في تعزيز القوانين والسياسات، ودعم المؤسسات، وتعبئة الوعي والعمل العام، وتحسين الخدمات والبيانات، وتقوية المنظمات النسائية. ويتم تخصيص نصف أموال برنامجها على مستوى العالم للمنظمات المحلية التي تعمل في المجتمعات المتضررة ومعها.

وفي موزمبيق، تستهدف المبادرة ثلاث مقاطعات: غازا، ومانيكلا، ونامبولا. ويجري تنفيذها بالاشتراك بين منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وهيئة الأمم المتحدة للمرأة. تحت قيادة وزارة الشؤون الجنسانية والطفل والعمل الاجتماعي في موزمبيق، وبالتعاون الوثيق مع منظمات المجتمع المدني.

وقد تم تدريب أكثر من 1000 موظف حكومي للمساعدة في العمل على فهم القانون وإنفاذه (34). وفي عام 2020، تم تحسين مناهج كليات الشرطة لتشمل منع وقوع العنف القائم على النوع الاجتماعي وفيروس نقص المناعة البشري وحقوق الإنسان، من خلال تدريب الضباط المستجدين. وتم إنشاء وتجهيز نقاط لخدمة الناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي، ونشر عيادات متنقلة، وإدخال تحسينات على قطاع الطب الشرعي والأدلة الجنائية. كما أنشأت المحكمة العليا ومكتب المدعي العام ودائرة التحقيقات الجنائية وحدات مخصصة لقضايا النوع الاجتماعي (34).

وعلى الرغم من القيود التي فُرضت في عام 2020 على إثر تفشي جائحة كوفيد-19، انضم مليون شاب إلى البرامج المُقامة داخل المدارس وخارجها، وتم تزويد أكثر من 650,000 امرأة وفتاة بخدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي، كما تم الوصول إلى 65 مليون شخص من خلال 80 حملة وسائط متعددة مصممة محلياً خصيصاً لتغيير السلوكيات، فضلاً عن تخصيص 146 مليون دولار لمنظمات المجتمع المدني (35).

تعزيز الإطار القانوني المناهض للعنف

كما دعمت مبادرة "الأضواء الكاشفة" تطوير أو تعزيز 84 قانوناً وسياسة، وزادت الميزانية الوطنية بنسبة 32% من أجل منع العنف ضد النساء والفتيات.

وفي أواخر عام 2019، على سبيل المثال، أقر البرلمان الموزمبيقي قانوناً جديداً يجرم الزواج من القصر (دون سن 18 عامًا) بعد سنوات من الحملات (34). كما وافق البرلمان على مجموعة من القوانين لحماية النساء والفتيات من العنف. ويعمل شركاء "الأضواء الكاشفة" على نشر هذه القوانين من خلال برامج التوعية المجتمعية والبرامج الإذاعية.

ويعد وجود بيانات موثوقة أمرًا حيويًا لتوجيه عملية تطوير قوانين وسياسات الحماية، ولضمان حصول الناجيات على خدمات متكاملة وعلى الرعاية وفرص الوصول إلى العدالة (33). وفي إطار مبادرة "الأضواء الكاشفة"، تعمل وزارة الداخلية في موزمبيق على توسيع نطاق منصة InfoViolencia الرقمية التي تسجل وتتبع إدارة قضايا العنف القائم على النوع الاجتماعي. وبدعم من مبادرة "الأضواء الكاشفة"، تقوم الحكومة أيضًا بتدريب مقدمي الخدمات وتعزيز النظم لضمان متابعة حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي المبلغ عنها وحماية الناجيات وتقديم الجناة إلى العدالة.

النساء والفتيات باستخدام SMS Biz، وهي منصة مجانية يستخدمها نحو 300,000 من المراهقين/ المراهقات في جميع أنحاء موزمبيق للحصول على معلومات حول مواضيع مثل حمل المراهقات، والصحة الجنسية والإنجابية، والعنف، وزواج الأطفال، وفيروس نقص المناعة البشري، وجائحة كوفيد-19 وغير ذلك (32). وقد أجاب المستشارون الذين دربتهم جمعية تحالف الشباب الموزمبيقي على ما يقرب من مليوني سؤال من المراهقين. وتدعم مبادرة "الأضواء الكاشفة" توسيع خدمة SMS Biz لزيادة قدرة الجمعية على الاستجابة (32).

وقد أنشأ شركاء مبادرة "الأضواء الكاشفة" الآخرون مجموعات على شبكات التواصل الاجتماعي للمساعدة في إبقاء الطلاب على اتصال وأن يظلوا متيقظين للفتيات والشابات المعرضات لخطر العنف، وتقوم جهات الاتصال الطلابية بإحالة الحالات إلى منظمات المجتمع المدني وخدمات الاستجابة (32).

وفي العامين الماضيين، دعمت المبادرة أكثر من 40 منظمة نسائية في موزمبيق للدفاع عن حقوق المرأة والعمل من أجل تحقيق قدر أكبر من المساواة بين الجنسين. وقد تم إنشاء أربعة عشر منصة على مستوى المقاطعات والمحافظات، مما يسمح لـ 57 منظمة مجتمعية بتبادل المعلومات وإحالة حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي إلى السلطات المحلية (34). وساعد تدريب التمكين الاقتصادي أكثر من 1800 امرأة على إنشاء وإدارة أعمالهن الصغيرة الخاصة (34).

ففي بلد تشير التقديرات إلى أن 46% من الفتيات (بين 15 و19 عامًا) فيه من الحوامل أو يربين أطفالاً بالفعل- ويوجد به عدد كبير من النساء الناجيات من العنف- قد تجد النساء والفتيات بعض المعاناة في الحصول على معلومات دقيقة حول الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية (32).

وتتواصل جمعية تحالف الشباب الموزمبيقي مع



ماريا براغانسا وديناردينا موسى وشاميتا مارتينز هن ناشطات من منظمة Ophenta، وهي منظمة نسائية شعبية، تعمل في الأحياء المحيطة بمدينة نامبولا في شمال موزمبيق. الصورة: ريكاردو فرانكو/اليونيسيف

21. Wolford-Clevenger C, Frantell K, Smith PN, Flores LY, Stuart GL. Correlates of suicide ideation and behaviors among transgender people: a systematic review guided by ideation-to-action theory. *Clin Psychol Rev.* 2018;63:93-105.
22. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Marrow E, Stephenson R, Agénor M et al. Intimate partner violence in transgender populations: systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. *Am J Public Health.* 2020;110(9):e1-e14.
23. Passaro RC, Segura ER, Gonzales-Saavedra W, Lake JE, Perez-Brumer A, Shoptaw S et al. Sexual partnership-level correlates of intimate partner violence among men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru. *Arch Sex Behav.* 2020 Oct;49(7):2703-13.
24. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/920857/retrieve>).
25. HIV and the law: risks, rights & health. Supplement. New York (NY): Global Commission on HIV and the Law; 2018 (<https://www.hivlawcommission.org/supplement>).
26. Tracking women's decision-making for sexual and reproductive health and reproductive rights. New York: UNFPA; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/20-033_SDG561-BrochureA4-v1.21.pdf).
27. Well-being and safety of women: OSCE-led survey on violence against women. Vienna: Organization for Security and Co-operation in Europe; 2019 (https://www.osce.org/files/f/documents/9/2/413237_0.pdf).
28. A study on violence against women living with HIV in eastern Europe and central Asia. Berlin: AIDS Action Europe; 2019 (<https://www.aidsactioneurope.org/en/publication/study-violence-against-women-living-hiv-eastern-europe-and-central-asia>).
29. Sri AS, Das P, Gnanapragasam S, Persaud A. COVID-19 and the violence against women and girls: "the shadow pandemic." *Int J Soc Psychiatry.* February 2021. doi:10.1177/0020764021995556
30. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violence against women and girls during COVID-19—one year on and 100 papers on: a fourth research round-up. Washington (DC): Center for Global Development; April 2021 (<https://www.cgdev.org/publication/violence-against-women-and-children-during-covid-19-one-year-and-100-papers-fourth>).
31. Matiushina-Ocheret D, Moroz S. Women, HIV and COVID-19 in countries of eastern Europe and central Asia: how COVID-19 affects women living with HIV and those vulnerable to HIV in countries of EECA. New York: UNDP, UNAIDS, UNFPA; 2021 (forthcoming).
32. Neves LC. Lifesaving information, just a text away. In: Spotlight Initiative [Internet]. Spotlight Initiative; c2021 (<https://spotlightinitiative.org/news/lifesaving-information-just-text-message-away>).
33. Galvão L. Harnessing the power of data to respond to and end gender-based violence. In: Spotlight Initiative [Internet]. Spotlight Initiative; c2021 (<https://spotlightinitiative.org/news/harnessing-power-data-respond-and-end-gender-based-violence>).
34. Freeing women and girls from violence in Mozambique. In: Spotlight Initiative [Internet]. Spotlight Initiative; c2021 (<https://spotlightinitiative.org/news/freeing-women-and-girls-violence-mozambique>).
35. Signature results from the Spotlight Initiative 2020 global annual report. Spotlight Initiative; 2021 (<https://drive.google.com/file/d/1KS3Ff9yZNIKv4VEyhdN0zVvdAl7KMn2j/view?usp=sharing>).

المراجع

1. Violence against women prevalence estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO; 2021.
2. Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity. A/HRC/38/43. 11 May 2018 (<https://undocs.org/A/HRC/38/43>).
3. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
4. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183-94.
5. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violence against women and children during COVID-19—one year on and 10 papers in: a fourth research round up. Washington (DC): Center for Global Development; April 2021 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/vawc-fourth-roundup.pdf>).
6. The shadow pandemic: violence against women during COVID-19. In: UN Women [Internet]. New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19#facts>).
7. Women, business and the law, 2021. Washington (DC): World Bank; 2021 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35094/9781464816529.pdf>).
8. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3(8):e470-e477.
9. "Years don't wait for them": increased inequalities in children's right to education due to the COVID-19 pandemic. New York (NY): Human Rights Watch; 2021 (<https://www.hrw.org/report/2021/05/17/years-dont-wait-them/increased-inequalities-childrens-right-education-due-covid>).
10. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
11. Burgos-Soto J, Orne-Gliemann J, Encrenaz G, Patassi A, Woronowski A, Kariyare B et al. Intimate partner sexual and physical violence among women in Togo, West Africa: prevalence, associated factors, and the specific role of HIV infection. *Glob Health Action*. 2014;7:23456.
12. Sileo KM, Kintu M, Kiene SM. The intersection of intimate partner violence and HIV risk among women engaging in transactional sex in Ugandan fishing villages. *AIDS Care*. 2018;30(4):444-52.
13. Beres LK, Merrill KG, McGready J, Denison JA, Schwartz S, Sikazwe I et al. Intimate partner violence polyvictimisation and HIV among coupled women in Zambia: analysis of a population-based survey. *Glob Public Health*. 2020;15(4):558-70.
14. Iversen J, Page K, Madden A, Maher L. HIV, HCV, and health-related harms among women who inject drugs: implications for prevention and treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69 Suppl 2(0 1):S176-S181.
15. Barboza GE, Dominguez S, Chace E. Physical victimization, gender identity and suicide risk among transgender men and women. *Prev Med Rep*. 2016;4:385-90.
16. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia transgender health initiative study. *Am J Pub Health*. 2013;103(10):1820-9.
17. Goldblum P, Testa RJ, Pflum S, Hendricks ML, Bradford J, Bongar B. The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Prof Psychol Res Pr*. 2012;43(5):468-75.
18. McNeil J, Ellis SJ, Eccles FJR. Suicide in trans populations: a systematic review of prevalence and correlates. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2017;4(3):341-53.
19. Tebbe EA, Moradi B. Suicide risk in trans populations: an application of minority stress theory. *J Couns Psychol*. 2016;63(5):520-33.
20. Klein A, Golub SA. Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*. 2016;3(3):193-9.

أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ خلق بيئة قانونية مواتية من خلال مراجعة وإصلاح الأطر القانونية والسياساتية التقييدية، حسب الاقتضاء، بما في ذلك القوانين والممارسات التمييزية التي تخلق حواجز أو تعزز الوصم والتمييز مثل القوانين الخاصة بالسن الدنيا للرضا (سن الرشد) والقوانين المتعلقة بعدم الإفصاح عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والتعرض له ونقله، تلك التي تفرض قيود على السفر مرتبطة بفيروس نقص المناعة البشري والاختبارات والقوانين الإلزامية.

■ العمل على ألا تتجاوز نسبة البلدان التي تعتمد أطراً قانونية وسياسية تقييدية تستهدف بشكل غير عادل المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين للإصابة به والمتأثرين به، وتؤدي إلى الحرمان من الوصول إلى الخدمات أو تقييده، نسبة 10% بحلول عام 2025.

■ اعتماد وإنفاذ التشريعات والسياسات والممارسات التي تمنع وقوع العنف وانتهاكات الحقوق الأخرى ضد المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين للإصابة به والمتأثرين به وحماية حقهم في أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية، والحق في التعليم والحق في مستوى معيشي لائق، بما في ذلك الغذاء الكافي، والسكن، والتوظيف، والحماية الاجتماعية، والتي تمنع استخدام القوانين التمييزية ضدهم.

■ وضع حد للإفلات من العقاب على انتهاكات حقوق الإنسان التي تُمارس ضد المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين للإصابة به والمتأثرين به عن طريق المشاركة الفعالة وتأمين وصولهم إلى العدالة، من خلال إنشاء برامج محو الأمية القانونية، وزيادة فرص وصولهم إلى الدعم والتمثيل القانوني وتوسيع نطاق التدريب التوعوي للقضاة وموظفي إنفاذ القانون والعاملين في مجال الرعاية الصحية والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم من المكلفين بالمسؤولية.

الصورة: برنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بالإيدز

06

الغاء القوانين والسياسات العقابية

ل تزال المجموعات السكانية الرئيسية تعاني من التهميش والتجريم بسبب هوياتهم الجنسية وتعبيرهم عنها، وتوجههم الجنسي، وأنماط حياتهم وسبل عيشهم-أو لمجرد تعايشهم مع فيروس نقص المناعة البشري.¹ بيد أن ثمة تغييرات مشجعة جاري تنفيذها، حيث يلتفت المشرعون في بعض البلدان إلى الأدلة التي تثبت أن القوانين التي تجرم التنوع الجنسي، والعلاقات الجنسية بين أشخاص من نفس نوع الجنس، واستخدام المخدرات، والعمل في مجال الجنس، وانتقال فيروس نقص المناعة البشري من شأنها أن تأتي بنتائج عكسية وتمييزية وفي النهاية ضارة (6-1).

وقد عززت دراسة تحليلية بيئية، أجريت بقيادة معهد أونيل للصحة الوطنية والعالمية التابع لجامعة جورج تاون، الدراسات التي أجريت على نطاق أضيق والتي تُظهر أن تجريم المجموعات السكانية الرئيسية له تأثير سلبي على النتائج المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشري. فحينما تم تجريم العلاقات الجنسية بين أشخاص من نفس نوع الجنس والعمل في مجال الجنس واستخدام المخدرات، كانت مستويات الإلزام بحالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والكبت الفيروسي لدى المتعاشين مع الفيروس أقل بكثير من البلدان التي اختارت عدم تجريمهم. وعلى العكس من ذلك، كان هناك ارتباط إيجابي بين اعتماد القوانين التي تعزز عدم التمييز ووجود مؤسسات لحقوق الإنسان والاستجابات للعنف القائم على النوع الاجتماعي، ونتائج فيروس نقص المناعة البشري ذاتها (7). ويشكل ذلك سندا إضافيا للجنة العالمية المعنية بفيروس نقص المناعة البشري وتوصية القانون للبلدان بتطبيق مبادئ الصحة العامة وإزالة أو إصلاح القوانين والسياسات التي تحول دون وصول الناس إلى الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها والانتفاع بها (8). وقد دعت اثنا عشر هيئة من هيئات الأمم المتحدة رسمياً البلدان وجميع أصحاب المصلحة إلى إنهاء التمييز في أماكن الرعاية الصحية (9).

ويُلزم إعلان الأمم المتحدة السياسي بشأن الإيدز لعام 2021 البلدان بإجراء إصلاحات قانونية بحيث لا تكون نسبة البلدان التي تعتمد أطراً قانونية وسياسية مقيدة تؤدي إلى الحرمان من الوصول إلى الخدمات أو تقويضه، أقل من 10% بحلول عام 2025. وتفضّل الاستراتيجية العالمية للإيدز 2021-2026 هذا الالتزام من خلال الأهداف المحددة لعام 2025، وهي كما يلي:

■ العمل على ألا تتجاوز نسبة البلدان التي تجرم العمل في مجال الجنس، وحيازة كميات صغيرة من المخدرات، والسلوك الجنسي المثلي، ونقل فيروس نقص المناعة البشري أو التعرض للإصابة به أو عدم الإفصاح، نسبة 10%.

■ العمل على ألا تتجاوز نسبة البلدان التي تفتقر إلى آليات يمكن للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية الإبلاغ من خلالها عن تعرضهم لسوء المعاملة والتمييز والتماس الإنصاف، نسبة 10%.

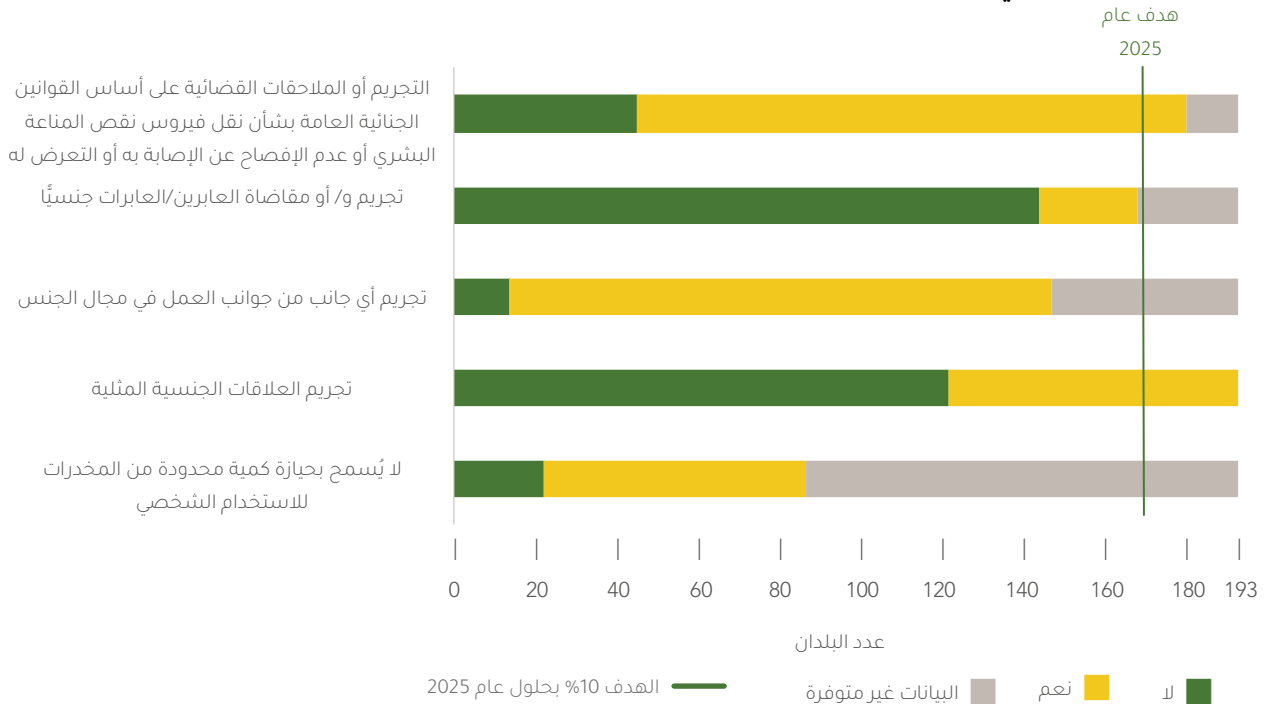
■ العمل على ألا تتجاوز نسبة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية الذين يفتقرون إلى إمكانية الوصول إلى الخدمات القانونية، نسبة 10%.

¹ المجموعات السكانية الرئيسية هي مجموعات الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري أو المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وتعد مشاركتهم أمراً بالغ الأهمية لنجاح التصدي للفيروس. وفي جميع الأماكن الوبائية، تشمل المجموعات السكانية الرئيسية المعرضة لخطر الإصابة بالفيروس الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعابرين/العابرات جنسياً، والأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن، والعاملين/العاملات في مجال الجنس وعملاتهم، والأشخاص الموجودين في السجون وغيرها من الأماكن المغلقة

أصبحت الحماية القانونية وغيرها من أشكال الحماية للعابرين/العابرات جنسيًا أكثر شيوعًا. فقد أدى قانون العابرين/العابرات جنسيًا الذي أصدرته باكستان في عام 2018 إلى تمكين العابرين/العابرات جنسيًا من تغيير سجلاتهم لتعكس نوعهم الاجتماعي، والتقدم بطلب للحصول على رخصة قيادة وجواز سفر. وتقدم وزارة حقوق الإنسان الباكستانية التدريب للعاملين في مجال الرعاية الصحية للحد من الوصم والتمييز ضد هذه الفئة، كما ينظم مركز حماية العابرين/العابرات جنسيًا في إسلام آباد جلسات توعية بالتعاون مع شرطة إسلام آباد وروالبندي (11). وتعد بلجيكا وتشيلي وفرنسا واليونان وأيسلندا ولوكسمبورغ والبرتغال وأوروغواي من بين البلدان التي فتحت طرقًا قانونية لتغيير علامات ومسميات النوع الاجتماعي دون الحاجة إلى إجراء جراحة لتغيير نوع الجنس (12).

وثمة اتجاه أيضًا في بعض البلدان للتحول بعيدًا عن تجريم نقل فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عن حالة الإصابة به. ففي الفلبين، أدت حملة استمرت عقدًا من الزمان إلى اعتماد قانون جديد لفيروس نقص المناعة البشري في أواخر عام 2018 يلغي تجريم نقل الفيروس ويضمن حماية حقوق الإنسان الأساسية للمتعايشين مع هذا الفيروس، بما في ذلك إتاحة الوصول إلى الخدمات الصحية بأسعار معقولة ودون خوف من التمييز (13). كذلك ألغت كولومبيا والمكسيك قوانين التجريم الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري، فيما قررت مالوي عدم إدراج أحكام جنائية في قانونها الجديد الخاص بفيروس نقص المناعة البشري. وفي أبريل/نيسان 2021، صوت المجلس التشريعي لولاية إلينوي الأمريكية على إلغاء تجريم نقل فيروس نقص المناعة البشري (14). غير أن بولندا تحركت في الاتجاه المعاكس، حيث عدلت قانونها الجنائي بطرق تسمح بفرض عقوبات أشد في حالات التعرض للإصابة بالفيروس (15).

الشكل 6.1 | الدول التي تعتمد قوانين تمييزية وعقابية، على مستوى العالم، 2021



المصادر: أداة الالتزامات والسياسات الوطنية التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2017-2021 (<http://lawsandpolicies.unaids.org>) مدعومة بمصادر إضافية (انظر المراجع في الملحق).

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

تجريم المجموعات السكانية الرئيسية ما زال شائعًا رغم المكاسب التي تحققت مؤخرًا

يعادل الهدف المحدد لعام 2025، المتمثل في العمل على ألا تتجاوز نسبة البلدان التي تعتمد أطرًا قانونية وسياسية تقييدية تؤدي إلى الحرمان من الوصول إلى الخدمات أو تقويضه نسبة 10%، 20 أو أقل من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة البالغ عددها 193 دولة. بيد أن عددًا أكبر بكثير من البلدان يجرم حاليًا العلاقات الجنسية المثلية، والعمل في مجال الجنس، وحيازة المخدرات واستخدامها، والتعرض لفيروس نقص المناعة البشري، وعدم الإفصاح عن الإصابة به ونقله (الشكل 6.1). وكل دولة من الدول التي قدمت بيانات إلى برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز تجرم واحدًا أو أكثر من هذه السلوكيات.

وعلى الجانب الإيجابي، تقدّم نحو 23% من جميع البلدان حماية غير تمييزية للتوجه الجنسي والهوية الجنسية و/أو حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (7). وانخفض عدد البلدان التي تجرم العلاقات المثلية بالتراضي عما كان عليه قبل عقد من الزمان، على الرغم من أن بعض البلدان قد أدخلت أو عززت بعض القوانين المعادية للمثليين (10). ومن بين البلدان التي أنهت مؤخرًا تجريم العلاقات الجنسية المثلية أنغولا وبوتان وبوتسوانا والجاون والهند (10).

لن نسن اليوم قانونًا يجرم الأشخاص الذين يعلمون أنهم ينشروا فيروس كورونا المستجد ولكنهم يرفضون الخضوع للاختبار ويرفضون ارتداء القناع الواقي.

- نائبة ولاية إلينوي الأمريكية، كارول أمونز، متحدثة قبل قرار المجلس التشريعي للولاية بإلغاء تجريم نقل فيروس نقص المناعة البشري (16).



الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

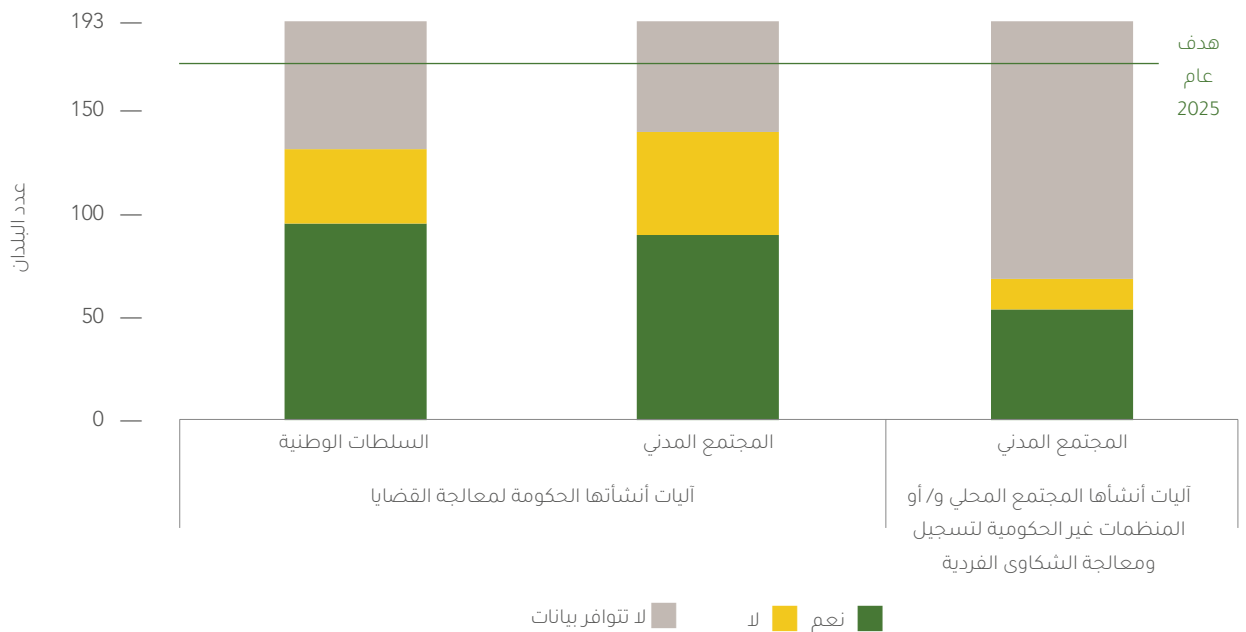
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

الالتزام بحماية الحقوق ومنع العنف

بالإضافة إلى إزالة أو عدم إعطاء الأولوية لإنفاذ القوانين التي تعاقب المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية، يتعين زيادة الوصول الفعال إلى العدالة والمساءلة عندما يتعرضون للتمييز وغيرها من أشكال انتهاكات الحقوق. وفي البلدان التي توجد بها مؤسسات مستقلة لحقوق الإنسان، على سبيل المثال، من المرجح أن يكون المتعاشون مع الفيروس ملحقين بحالتهم الصحية وأن يتحقق الكبت الفيروسي لديهم (7).

ويتضمن الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز التزامًا من جانب الدول الأعضاء في الأمم المتحدة باعتماد وإنفاذ التشريعات والسياسات والممارسات التي تمنع وقوع العنف وانتهاكات الحقوق الأخرى ضد المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به، وحماية حقوقهم في الصحة والتعليم والمستوى المعيشي اللائق. وتدعو الاستراتيجية العالمية الجديدة لمكافحة الإيدز 2021-2026 إلى أن يكون لدى 90% على الأقل من البلدان آليات يمكن من خلالها للمتعايشين مع الفيروس والمجموعات السكانية الرئيسية الإبلاغ عن سوء المعاملة والتمييز وطلب الإنصاف. وفي عام 2021، أفادت 95 دولة من أصل 131 دولة مُبلغة بتطبيق هذه الآليات الرسمية التي أنشأتها الحكومة (الشكل 6.3). وتلعب مراقبة المجتمع المدني دورًا حاسمًا في ضمان المساءلة والإنصاف. وأفادت منظمات المجتمع المدني في 53 دولة بأن المجتمعات المحلية و/أو المنظمات غير الحكومية قد أنشأت آليات لتسجيل الشكاوى الفردية ومعالجتها. وبشكل عام، أبلغت 116 دولة (60%) عن وجود آلية رسمية و/أو غير رسمية لمعالجة الحالات أو الشكاوى الفردية المتعلقة بالتمييز المرتبط بفيروس نقص المناعة البشري

الشكل 6.3 | البلدان التي أبلغت عن وجود آليات لمعالجة الحالات أو الشكاوى الفردية المتعلقة بالتمييز المرتبط بفيروس نقص المناعة البشري (استنادًا إلى حالة فيروس نقص المناعة البشري المتصورة و/أو الانتماء إلى مجموعة سكانية رئيسية)، البلدان التي لديها بيانات متاحة، 2021



المصدر: آلية الالتزامات والسياسات الوطنية التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2017-2021. ملحوظة: تتكون أداة الالتزامات والسياسات الوطنية من جزأين، الجزء الأول أكملته السلطات الوطنية والثاني من قبل المجتمع المدني والشركاء غير الحكوميين الآخرين المشاركين في الاستجابة الوطنية.

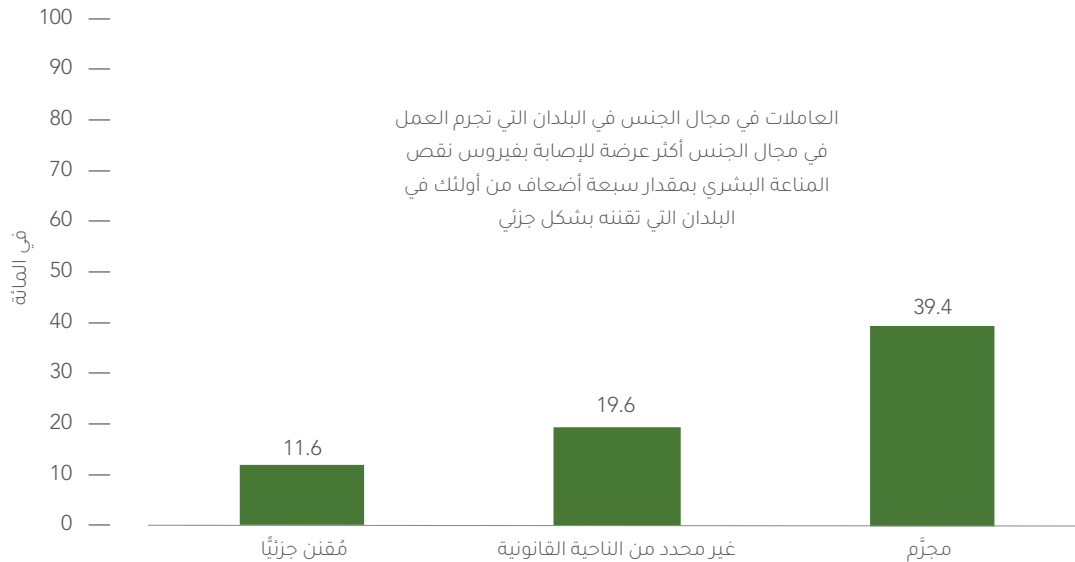
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

تجريم العمل في مجال الجنس يزيد من خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري

قام الباحثون، بما في ذلك أولئك الذين ينتمون إلى المنظمات التي يقودها العاملون/العاملات في مجال الجنس، ببناء مجموعة قوية من الأدلة التي توضح كيف أن القوانين الجنائية المتعلقة بالعمل في مجال الجنس-بما في ذلك القوانين التي تحظر شراء الجنس-تزيد من خطر التعرض للعنف والإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، وتحد من فرص الوصول إلى خدمات الوقاية والاختبار والعلاج (17). وما زال هذا الكم من الأدلة آخذًا في التنامي. وقد وجدت دراسة أجريت مؤخرًا في أفريقيا جنوب الصحراء أن معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين العاملين/العاملات في مجال الجنس بلغ 39% في البلدان التي تجرم العمل في مجال الجنس مقابل 12% في البلدان التي تم فيها تقنين العمل في مجال الجنس جزئيًا (أي أن هناك جانبًا واحدًا على الأقل غير مجرم) (الشكل 6.2) (4).

يؤدي التطبيق الصارم للقوانين العقابية إلى تفاقم الوضع: وفقًا لتحليل تلوي للدراسات، كان العاملون/العاملات في مجال الجنس الذين تعرضوا لأي شكل من ممارسات الشرطة الكبتية أكثر عرضة للانخراط في ممارسة الجنس بدون استخدام العوازل وللإصابة بفيروس نقص المناعة البشري أو غيره من الأمراض المنقولة جنسيًا وأكثر عرضة للاعتداء الجسدي أو الجنسي بمقدار ثلاثة أضعاف-من العاملين/العاملات في مجال الجنس الذين لم يتعرضوا لمثل هذه الممارسات (18). وتتوافق هذه النتائج مع مراجعة عام 2014 التي قدّرت أن إلغاء تجريم العمل في مجال الجنس من شأنه تجنب وقوع 33-46% من حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بين العاملين/العاملات في مجال الجنس وعملاتهم لمدة عشر سنوات (3).

الشكل 6.2 | معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين العاملين في مجال الجنس، حسب الوضع القانوني للعمل في مجال الجنس في البلاد، 10 بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء، 2011-2018



المصدر: Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among female sex workers, 2020. Nat Commun. 2020;11:773.

ملحوظة: تم تحديد الوضع القانوني للعمل في مجال الجنس في البلدان التي تشملها هذه الدراسة وتصنيفه على أساس النهج القانوني. تشمل عبارة 'غير محدد من الناحية القانونية' البلدان التي لا يوجد فيها قانون صريح يشرع أو يحرم بيع الجنس. وتشمل عبارة 'مُفَقّن جزئيًا' البلدان التي قامت بتقنين جانب أو آلية للعمل في مجال الجنس في ظل ظروف معينة بما في ذلك تقنين البيع أو العرض-مع تجريم الجوانب الأخرى. وتشمل عبارة 'مجرّم' البلدان التي يحظر فيها بيع الجنس عرض الجنس وتنظيم الجنس التجاري تحت أي ظرف من الظروف، والتي تجيز توقيع عقوبة بموجب القانون.



الصورة: برنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بالإيدز

لقد ثبت أن إلغاء القوانين التي تتطلب الحصول على إذن ولي الأمر للوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والوقاية من فيروس نقص المناعة البشري وإجراء اختبار الكشف عنه والعلاج منه يساهم في تحسين سلوكيات الحفاظ على الصحة.

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

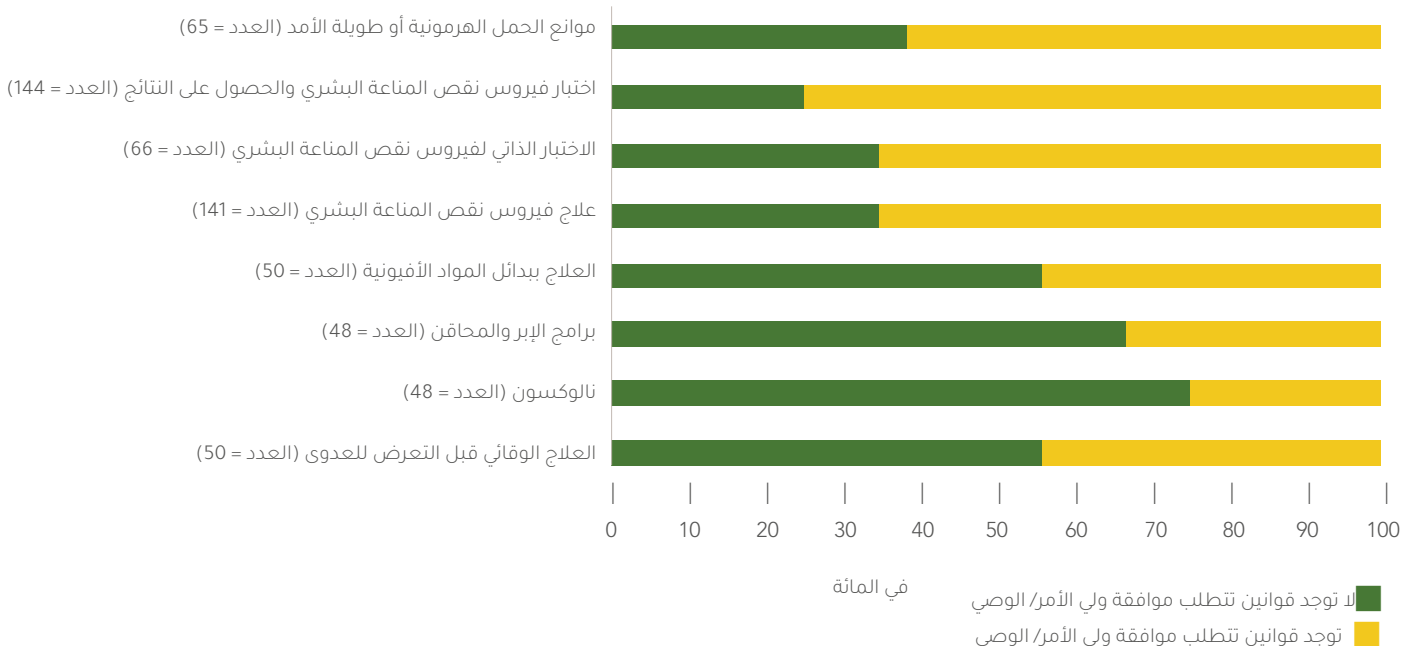
قوانين موافقة الوالدين تجعل المراهقين عُرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري

غالبًا ما يبدأ النشاط الجنسي خلال فترة المراهقة. وتطبق العديد من البلدان قوانين خاصة بالسن الأدنى للرضا فيما يتعلق بالنشاط الجنسي لا تتوافق مع قوانين السن الأدنى للوصول إلى معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية دون إذن الوالدين. ويعني ذلك أنه يجوز للمراهقين ممارسة الجنس بشكل قانوني قبل أن يتمكنوا من الوصول بشكل قانوني إلى أي معلومات أو خدمات تتعلق بالممارسات الجنسية الآمنة أو وسائل منع الحمل، مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والأمراض الأخرى المنقولة جنسيًا والحمل غير المرغوب فيه (19).

وقد ثبت أن إلغاء القوانين التي تتطلب الحصول على إذن من الوالدين للوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، والاختبار والعلاج، يسهم في تحسين سلوكيات الحفاظ عن الصحة (20). ويتعاضد هذا التأثير عندما تتمكن المدارس من توفير تثقيف جنسي شامل مناسب لسن الشباب حتى يتمكنوا من حماية أنفسهم من فيروس نقص المناعة البشري، والأمراض المنقولة جنسيًا، ومن الحمل غير المرغوب فيه، والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والعنف الجنسي.

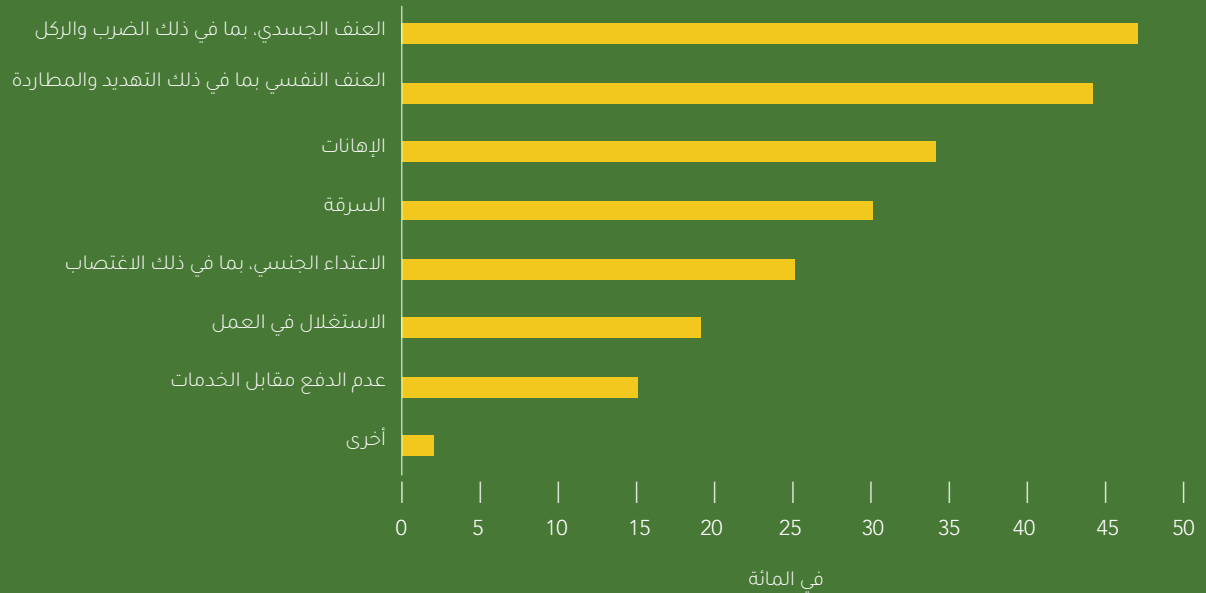
وفي عام 2021، أبلغت 40 بلدًا برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بأن لديها قوانين تشترط موافقة ولي الأمر/الوصي على المراهقين للحصول على موانع الحمل الهرمونية أو طويلة الأمد، وأفادت 108 بلدًا بأن هذه الموافقة مطلوبة للخضوع لاختبار فيروس نقص المناعة البشري، ومطلوبة في 43 بلدًا لإجراء الاختبار الذاتي لفيروس نقص المناعة البشري، وفي 92 بلدًا للعلاج من الفيروس، وفي 22 بلدًا للعلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى (الشكل 6.4). وبعض هذه البلدان يقدم استثناءات على أساس النضج المُثبت: 10 بلدان لوسائل منع الحمل الهرمونية أو طويلة الأمد، و15 بلدًا لاختبار فيروس نقص المناعة البشري، و8 بلدان للاختبار الذاتي، و9 بلدان لعلاج فيروس نقص المناعة البشري. واختلف السن المحدد لقوانين موافقة الوالدين حسب الخدمة المطلوبة. وقد كان السن الأقصى هو 18 عامًا في أغلب البلدان التي أفادت باشتراطها الحصول على موافقة ولي الأمر/الوصي، مع وجود استثناءات في عدد قليل من البلدان حيث يمكن للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 14 عامًا الوصول إلى الخدمات دون موافقة ولي الأمر/الوصي، واختلف ذلك حسب نوع الخدمة.

الشكل 6.4 | البلدان التي تشترط موافقة ولي الأمر/الوصي على المراهقين (تحت سن 18 عامًا) للوصول إلى الخدمات، على مستوى العالم، 2021



المصدر: أداة الالتزامات والسياسات الوطنية التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2017-2021.

الشكل 6.5 | النسبة المئوية للمهاجرين/المهاجرات العاملين في مجال الجنس الذين أبلغوا عن تعرضهم لحوادث سلبية، 10 بلدان، أوروبا الغربية والوسطى، من يونيو/حزيران إلى ديسمبر/كانون الأول 2019



المصدر: Undeserving victims? A community report on migrant sex worker victims of crime in Europe. Amsterdam: International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe, 2020. ملحوظة: أجريت المقابلات مع 47 من العاملين/العاملات في مجال الجنس في النمسا وبلجيكا وفرنسا واليونان والمجر وأيرلندا وإيطاليا وهولندا ورومانيا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية.

الشرعية على العمل في مجال الجنس أو عدم تجريمه في أوروبا وأجزاء من أستراليا والنمسا وبونير والإكوادور وألمانيا واليونان وهولندا ونيفادا (في الولايات المتحدة الأمريكية) ونيوي وبيرو ودولة بوليفيا متعددة القوميات، وسانت مارتن، وسويسرا، وتايوان، وتركيا، وأوروغواي، وفقاً لبحث أجرته الشبكة العالمية لمشاريع العمل بالجنس (27).

وتعد كندا وفرنسا وأيسلندا والنرويج والسويد من الدول التي تجرم عملاء العاملين/العاملات في مجال الجنس، وهو نهج يسمى أحياناً بنموذج 'الطلب النهائي'. وعلى الرغم من تحول التركيز في اتجاه العملاء، إلا أن ثمة أدلة قوية على أن النتائج السلبية للعاملين/العاملات في مجال الجنس مماثلة لتلك الواقعة تحت التجريم الكامل للعمل في مجال الجنس، بما في ذلك التعرض المستمر للعنف ومضايقات الشرطة، وانعدام الأمن بشكل أكبر، وانخفاض القدرة على التفاوض بشأن ممارسة الجنس بطريقة أكثر أماناً أو حيازة العوازل، وانخفاض فرص الوصول إلى الخدمات الصحية والخدمات التي يقودها المجتمع، مما يزيد من خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والأمراض المعدية الأخرى (4، 28).

وإلى جانب التغييرات التشريعية الوطنية، يمكن للاستراتيجيات المبتكرة على المستوى المحلي أن يكون لها تأثير كبير. ففي هولندا، أدخلت البلديات سياسة 'حرية الدخول والخروج' التي تسمح للمهاجرين غير الشرعيين بالإبلاغ عن وقوع جريمة ما وتضمن لهم مغادرة مركز الشرطة بحرية دون توقيفهم أو احتجازهم. وقد تم تطبيق السياسة في جميع أنحاء البلاد، على الرغم من أنها لم يتم تدوينها بعد في التشريعات الوطنية (29). وفي يونيو/حزيران 2021، أصدر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ورقة حقائق قصيرة عن حقوق الإنسان وفيروس نقص المناعة البشري والعمل في مجال الجنس، تحدد الحقوق والمعايير والتوصيات الدولية المتعلقة بالعمل في مجال الجنس وفيروس نقص المناعة البشري.

دراسة حالة

العاملون/العاملات في مجال الجنس في أوروبا يواجهون القزيد من التصعوبات في ظل جائحة كوفيد-19

يؤدي استمرار تجريم العمل في مجال الجنس في معظم بلدان العالم إلى حرمان العاملين/العاملات في مجال الجنس من شبكات الأمان الاجتماعي المستخدمة في أوقات الأزمات. فقد عرّضت عمليات الإغلاق وحظر التجول وغيرها من القيود الاجتماعية أثناء جائحة كوفيد-19 العاملين/العاملات في مجال الجنس إلى قدر أكبر من المشقة والأذى.

وقد وجدت دراسة أجريت في بلدان الشمال الأوروبي أن الخدمات الفورية والعمل التوعوي الموجه إلى العاملين/العاملات في مجال الجنس قد تم تقليله من خلال القيود المتعلقة بجائحة كوفيد-19. وأن العديد من ملاجئ الطوارئ قد تم إغلاقها (21). ويشير تقرير صدر مؤخرًا عن اللجنة الدولية المعنية بحقوق العاملين/العاملات بالجنس في أوروبا (ICRSE) إلى أن العاملين/العاملات بالجنس هم من بين المجموعات السكانية الأكثر تضررًا بشكل غير متناسب من جائحة كوفيد-19 في أوروبا الغربية بسبب استبعادهم الاجتماعي والاقتصادي. ولعملهم في قطاع مُجَرَّم في معظم أنحاء المنطقة، ولأن العديد من العاملين/العاملات بالجنس في أوروبا الغربية هم مهاجرون غير شرعيين (22). وقد خلصت المقابلات التي أجرتها اللجنة الدولية مع المنظمات الأعضاء فيها إلى أن عمليات الإغلاق على المستوى الوطني قد تسببت في حدوث تراجع كبير في عدد عملاء العاملين/العاملات في مجال الجنس وفي دخولهم، وأن غالبية العاملين/العاملات في مجال الجنس لم يتمكنوا من الوصول إلى خطط الدعم الحكومية (22).

يبدو أن المهاجرين/المهاجرات العاملين في مجال الجنس-وتشير التقديرات إلى أنهم يشكلون غالبية العاملين بالجنس في أوروبا الغربية-قد تأثروا بشكل خاص في معظم البلدان حيث لم يكن لديهم الحق في الحصول على دعم اجتماعي (22، 23). ويواجه المهاجرون/المهاجرات العاملون في مجال الجنس في أوروبا مستويات عالية من التمييز والعنف. وقد وجدت المقابلات الشخصية التي أجرتها اللجنة الدولية مع العشرات من المهاجرات العاملات في مجال الجنس في 10 بلدان من يونيو/حزيران إلى ديسمبر/كانون الأول 2019 أن أكثر من 40% من المستطلعات أفدن بأنهن تعرضن للاعتداء الجسدي و/أو الاعتداء النفسي، و30% تعرضن للسرقة و25% تعرضن للاعتداء الجنسي. وأكثر من ثلث العاملات بالجنس المهاجرات اللاتي تعرضن للاعتداء لم يقمن بإبلاغ الشرطة بالحادثة (23).

هناك أدلة قوية تدعم عدم تجريم العمل في مجال الجنس باعتباره أحد سبل تحسين صحة العاملين/العاملات في مجال الجنس وسلامتهم، بما في ذلك تقليل مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (3، 24). وكانت نيوزيلندا أولى الدول التي ألغت تجريم العمل في مجال الجنس بشكل كامل، وذلك في عام 2003 بعد حملة ناجحة قامت بها مجموعة البغايا النيوزيلندية الجماعية (25). وخلال جائحة كوفيد-19، نجح العاملون/العاملات في مجال الجنس في نيوزيلندا في التقدم بطلب للحصول على إعانات الأجور الطارئة المتاحة لجميع العمال الذين انخفضت أرباحهم بنسبة 30% على الأقل بسبب فيروس كورونا (26). واعتبارًا من مارس/آذار 2020، تم أيضًا إضفاء

21. Rendland A, Kock I, Bjorndahl U. The exclusion of persons who sell sexual services in the handling of the COVID-19 pandemic: experiences from Norway, Finland, Sweden and Denmark. ProSentret; 2020 (<https://tampep.eu/excluding-persons-who-sell-sexual-services-in-the-handling-of-the-covid-19-pandemic-1/>).
22. Sex workers on the frontline. The role of sex worker rights groups in providing support during the COVID-19 crisis in Europe. Amsterdam: International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe; 2021 (<https://www.sexworkeurope.org/sites/default/files/userfiles/files/Sex%20workers%20on%20the%20frontline-2.pdf>).
23. Undeserving victims? A community report on migrant sex worker victims of crime in Europe. Amsterdam: International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe; 2020 (<http://www.sexworkeurope.org/sites/default/files/userfiles/files/Undeserving%20victims%20-%20DIGITAL.pdf>).
24. McCann J, Crawford G, Hallett J. Sex worker health outcomes in high-income countries of varied regulatory environments: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8):3956.
25. Aroney E. Changing minds and changing laws: how New Zealand sex workers and their allies shaped decriminalisation in New Zealand. *Sex Res Soc Policy*. 2021;Mar 23:1-16.
26. Sussman AL. "Don't have to fight for pennies": New Zealand safety net helps sex workers in lockdown. In: *The Guardian UK* [Internet]. 28 April 2020. Guardian News and Media Limited; c2021 (<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/28/dont-have-to-fight-for-pennies-new-zealand-safety-net-helps-sex-workers-in-lockdown>).
27. Global Mapping of Sex Work Laws. In: *Global Network of Sex Work Projects* [Internet]. Updated March 2020. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; c2021 (<https://www.nswp.org/sex-work-laws-map>).
28. Shannon K, Crago AL, Baral SD, Bekker L-G, Kerrigan D, Decker MR et al. The global response and unmet actions for HIV and sex workers. *Lancet*. 2018;392(10148):698-710.
29. Timmerman R, Leerkes A, Staring R. Safe reporting of crime for migrants with irregular status in the Netherlands. Oxford: Centre on Migration, Policy and Society, Global Exchange on Migration and Diversity; 2019 (<https://www.compas.ox.ac.uk/wp-content/uploads/SR19-Netherlands-country-report.pdf>).

المراجع

1. Beyrer C, Baral SD, Collins C, Richardson ET, Sullivan PS, Sanchez J et al. The global response to HIV in men who have sex with men. *The Lancet*. 2016;388(10040):198-206.
2. Beyrer C, Crago A-L, Bekker L-G, Butler J, Shannon K, Kerrigan D et al. An action agenda for HIV and sex workers. *The Lancet*. 2015;385(9964):287-301.
3. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet*. 2015;385(9962):55-71.
4. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. *Nat Commun*. 2020;11(1):1-10.
5. Global Commission on HIV and the Law. HIV and the law: risks, rights & health. New York: UNDP; 2012 (<https://hivlawcommission.org/>).
6. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliot R, Sherman S et al. HIV and criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4:e357-e374.
7. Kavanagh M, Agbla SC, Pillinger M, Joy M, Case A, Erundu N et al. Law, criminalization and HIV in the world: have countries that criminalize achieved more or less successful AIDS pandemic responses? O'Neill Institute for National and Global Health pre-print white paper; 2021 (<https://www.hivpolicylab.org/documents/reports/hlm/PRE-PRINT%20WHITE%20PAPER-Kavanagh%20et%20al-Law%20Criminalization%20%26%20HIV%20in%20the%20World-2021.pdf>).
8. Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights and health: supplement. New York: UNDP; 2018 (available at https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf).
9. Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings. Geneva: UNAIDS; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_en.pdf).
10. State-sponsored homophobia: global legislation overview update, 2020. Geneva: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
11. Personal communication, Fahmida Khan, UNAIDS Community Support Advisor, 15 April 2021.
12. Trans legal mapping report. Recognition before the law (3rd edition). Geneva: ILGA; 2019 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf).
13. Legal and policy trends: impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific, 2014–2019. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf).
14. Troncoso R. Illinois State House votes to decriminalize HIV transmission. In: Daily Herald [Internet]. 16 April 2021 (<https://www.dailyherald.com/news/20210414/state-house-votes-to-decriminalize-hiv-transmission>).
15. Life4me+. Poland: Country's Criminal Code amended to increase in cases of HIV exposure. In: HIV Justice Network [Internet]. 6 April 2020. Amsterdam: HIV Justice Foundation (<https://www.hivjustice.net/news-from-other-sources/poland-countrys-criminal-code-amended-to-increase-sentencing-in-cases-of-hiv-exposure/>).
16. Troncoso R. Illinois House votes to decriminalize HIV transmission. In: The Pantagraph [Internet]. 15 April 2021. Bloomington (IL): The Pantagraph; c2021 (https://www.pantagraph.com/news/state-and-regional/govt-and-politics/illinois-house-votes-to-decriminalize-hiv-transmission/article_11df0bfa-048b-55fb-9261-35b801b5d09f.html).
17. HIV and sex work. Human rights fact sheet series. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/05-hiv-human-rights-factsheet-sex-work_en.pdf).
18. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med*. 2018;15:e1002680.
19. My body is my own. New York: UNFPA; 2021 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report_-_EN_web.3.21_0.pdf).
20. McKinnon B, Vander Morris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. *Bull World Health Organ*. 2019;97(1):42-50.

أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ القضاء على الوصم والتمييز المرتبطين بفيروس نقص المناعة البشري، واحترام وحماية وإعمال الحقوق الإنسانية للمتعايشين مع الفيروس والمعرضين للإصابة به والمتأثرين به.

■ العمل على ألا تتجاوز نسبة البلدان التي تعتمد أطر قانونية وسياسية تقييدية تستهدف بشكل غير عادل المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين للإصابة به والمتأثرين به، وتؤدي إلى الحرمان من الوصول إلى الخدمات أو تقييده، 10% بحلول عام 2025.

■ اعتماد وإنفاذ التشريعات والسياسات والممارسات التي تمنع العنف وانتهاكات الحقوق الأخرى ضد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين للإصابة به والمتأثرين به، وحماية حقهم في أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية، والحق في التعليم والحق في مستوى معيشي لائق، بما في ذلك الغذاء الكافي، والسكن، والتوظيف، والحماية الاجتماعية، والتي تمنع استخدام القوانين التي تميز ضدهم.

■ وضع حد للإفلات من العقاب على انتهاكات حقوق الإنسان التي تُمارس ضد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين للإصابة به والمتأثرين به عن طريق المشاركة الفعالة وتأمين وصولهم إلى العدالة، من خلال إنشاء برامج محو الأمية القانونية، وزيادة فرص وصولهم إلى الدعم والتمثيل القانوني وتوسيع نطاق التدريب التوعوي للقضاة وموظفي إنفاذ القانون والعاملين في مجال الرعاية الصحية والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم من المكلفين بالمسؤولية.

■ العمل على ألا تتجاوز نسبة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به الذين يعانون من الوصم والتمييز 10% بحلول عام 2025، بما في ذلك الاستفادة من إمكانات U=U (غير قابل للكشف = غير قابل للانتقال).

الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

07

إنهاء الوصم والتمييز

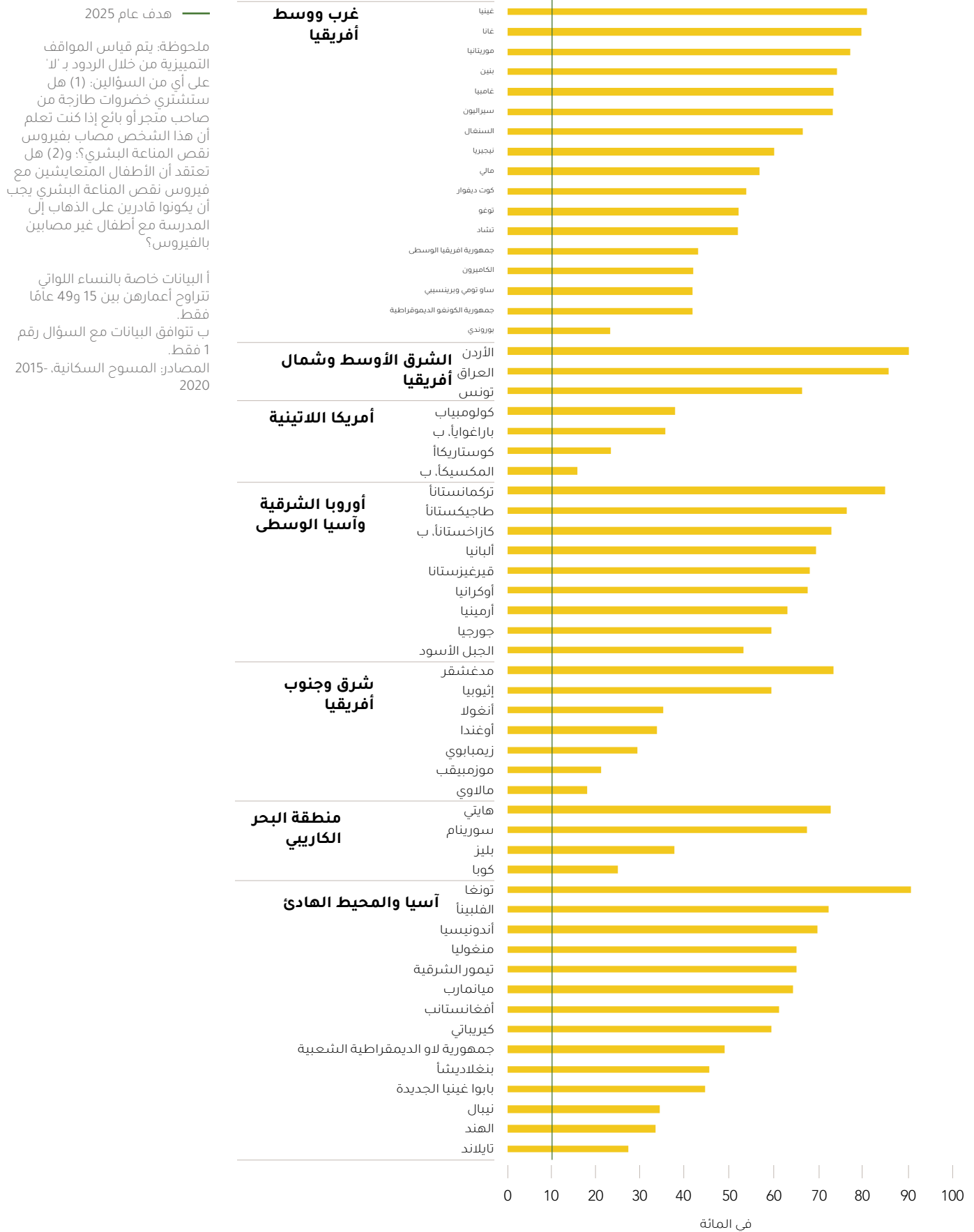
ما زال الخوف، والجهل، والمعلومات الخاطئة حول فيروس نقص المناعة البشري منتشرة على الرغم من جهود الدعوة والتثقيف التي استمرت لأربعة عقود. ولا يزال المتعايشون مع الفيروس وغيرهم من المجموعات السكانية الرئيسية يواجهون بصفة منتظمة أشكالاً متعددة ومتقاطعة من الوصم والتمييز بسبب الإصابة بالفيروس وغير ذلك من الظروف الصحية الأخرى، والعرق، والنوع الاجتماعي، والميل الجنسي، والخلفية الاقتصادية، واستخدام المخدرات، والانخراط في العمل بالجنس، والسن، مما يؤثر على صحتهم وسلامتهم، وكرامتهم، ويعيق الجهود المبذولة للقضاء على الإيدز. ويعد إنهاء الوصم والتمييز عنصراً أساسياً في الاستجابة القائمة على حقوق الإنسان لفيروس نقص المناعة البشري. وتضطلع المجتمعات المحلية، بما في ذلك تلك المتضررة بشكل خاص من فيروس نقص المناعة البشري والتمييز وغير ذلك من انتهاكات حقوق الإنسان، بدور رئيسي في مواجهة الوصم والقضاء على أوجه اللامساواة وحماية الحقوق على نطاق أوسع. ويعد العمل على ضمان مشاركتهم الهادفة مبدأً أساسياً من مبادئ حقوق الإنسان وضرورة عملية.

يعيد الإعلان السياسي للأمم المتحدة لعام 2021 بشأن الإيدز إلزام البلدان بالقضاء على جميع أشكال الوصم والتمييز المرتبطين بفيروس نقص المناعة البشري، حيث يحدد هدف يتعين الوصول إليه بحلول عام 2025، وهو العمل على ألا تتجاوز نسبة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به الذين يعانون من الوصم والتمييز 10%. وتتضمن الاستراتيجية العالمية للإيدز 2021-2026 الأهداف الإضافية التالية لعام 2025:

- العمل على ألا تتجاوز نسبة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذي يفيدون بشعورهم بوصم داخلي 10%، وألا تتجاوز نسبة من يعانون من الوصم والتمييز في أماكن الرعاية الصحية والمجتمع المحلي 10%.
- العمل على ألا تتجاوز نسبة العاملين الصحيين المبلغين عن مواقف سلبية تجاه المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري 10%.
- العمل على ألا تتجاوز نسبة مسؤولي إنفاذ القانون والعاملين الصحيين المبلغين عن مواقف سلبية تجاه المجموعات السكانية الرئيسية 10%.¹

¹ تُستخدم مؤشرات متعددة لقياس التقدم المحرز في تحقيق هذه الأهداف. ومن المفترض أنه ينبغي الوصول إلى عتبة 10% ضمن كل من هذه المؤشرات.

الشكل 7.1 | النسبة المئوية للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا والذين أفادوا بأن لديهم مواقف تمييزية تجاه المتعافين مع فيروس نقص المناعة البشري، البلدان التي توجد لديها بيانات متاحة، 2015-2020



في 52 بلدًا من أصل 58 لديها بيانات استقصائية سكانية حديثة، أفاد أكثر من 25% من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا بأن لديهم مواقف تمييزية تجاه المتعاشين مع الفيروس، وأكثر من 50% يتبنون مواقف تمييزية في 36 من أصل 58 بلدًا.

أنشئت الشراكة العالمية للعمل من أجل القضاء على جميع أشكال الوصم والتمييز المرتبطين بفيروس نقص المناعة البشري في عام 2018 لضمان أن تسفر الالتزامات عن إجراءات ملموسة. واعتبارًا من يوليو/تموز 2021، انضمت 25 دولة إلى الشراكة، والتزمت بتدخلات مدعومة بالأدلة لإنهاء الوصم والتمييز في ستة أماكن (الرعاية الصحية، والأسر المعيشية والمجتمعات المحلية، والعدالة، وأماكن العمل، والتعليم، والطوارئ/الإنسانية) على مدى خمس سنوات.² وأصدر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إرشادات لتنفيذ ورصد وتقييم التدخلات التي من شأنها الحد من الوصم والتمييز. كما يقدم البرنامج المساعدة التقنية. وتستخدم البلدان بيانات مؤشر وصم المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، وتقييمات البيئة القانونية، ونتائج أداة التقييم الجنساني والنتائج المستمدة من أنشطة الرصد التي يقودها المجتمع لتصميم وصقل تدخلاتها. وتستخدم الشبكة العالمية للمتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري (GNP+) الموارد التي تتم تعبئتها من خلال الشراكة من أجل حشد المجتمعات المحلية لقيادة عملية تصميم وتنفيذ ورصد الإجراءات التي تنطوي عليها المبادرة، والاجتماع والتعاون مع مجموعات متنوعة من المجتمع المدني. وفي مارس/آذار 2021، أطلقت حملة عالمية على وسائل التواصل الاجتماعي بعنوان "أكثر من # (MoreThan #)، للتعريف بإنجازات الدول، بما في ذلك السياسات والإصلاحات القانونية، والآليات الجديدة للتصدي لانتهاكات حقوق الإنسان.

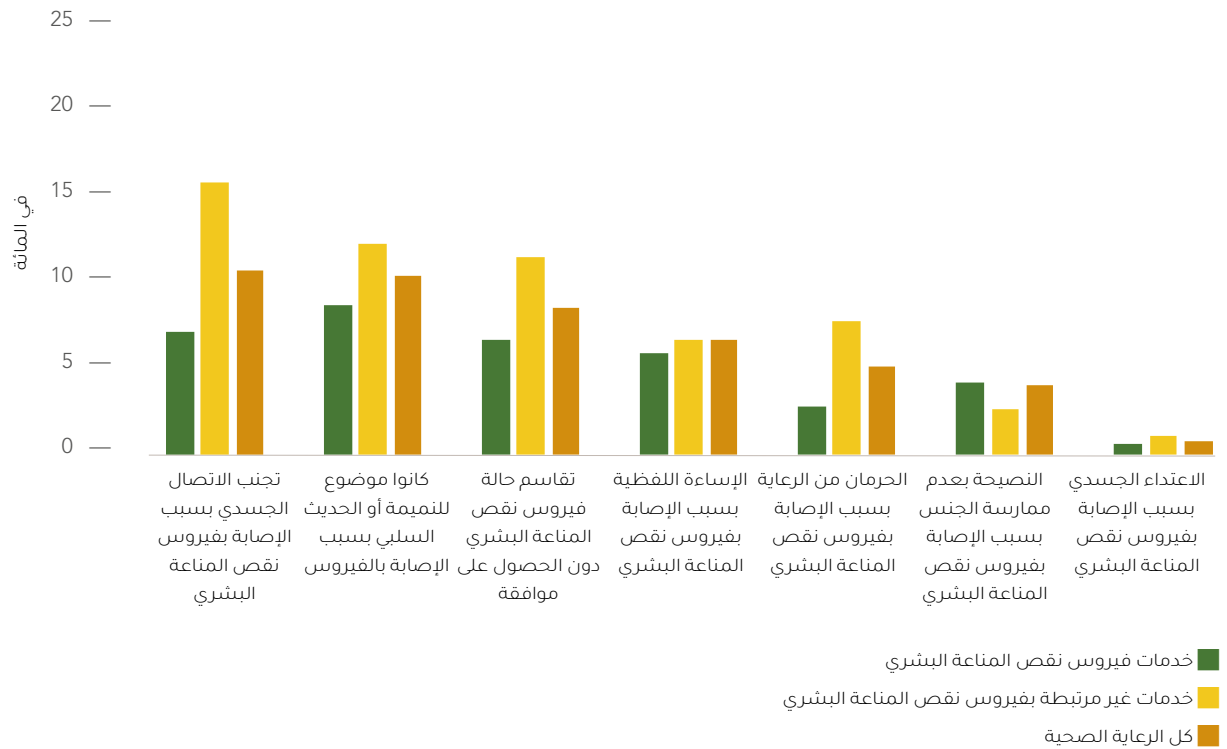
المواقف التمييزية لا تزال شائعة

يتباين انتشار المواقف التمييزية تجاه المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري بشكل كبير. ففي جميع المناطق تقريبًا، هناك بلدان مازالت نسب كبيرة من البالغين فيها تتبنى مواقف تمييزية تجاه المتعاشين مع الفيروس. وفي 52 بلدًا من أصل 58 لديها بيانات استقصائية سكانية حديثة، أفاد أكثر من 25% من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا بأن لديهم مواقف تمييزية تجاه المتعاشين مع الفيروس، وأكثر من 50% يتبنون مواقف تمييزية في 36 من أصل 58 بلدًا. (الشكل 7.1).

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

² البلدان الـ 25 هي: أنغولا، والأرجنتين، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وكوستاريكا، وكوت ديفوار، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وغامبيا، وغينيا، وغيانا، وجمهورية إيران الإسلامية، وجامايكا، وكازاخستان، وقيرغيزستان، وليسوتو، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وليبيريا، وجمهورية مولدوفا، وموزمبيق، ونيبال، وبابوا غينيا الجديدة، والسنغال، وجنوب أفريقيا، وتايلاند، وأوغندا، وأوكرانيا.

الشكل 7.2 | النسبة المئوية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين أبلغوا عن تعرضهم للوصم والتمييز في أماكن الرعاية الصحية، أوكرانيا، 2020



المصدر: مؤشر وصم الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في أوكرانيا، 2020

تعمل ناديجدا كيلار
كمستشارة ومرشدة
نظيرة في جمهورية
مولدوفا لمساعدة النساء
المتعايشات مع فيروس
نقص المناعة البشري على
فهم مشاكلهن وتحديدهن،
والتعرف على حقوقهن
والحصول على الدعم في
مكافحة العنف والتمييز.
الصورة: أليينا شباك



بيانات فيروس نقص المناعة البشري

تجارب حية لمسارات مؤشر الوصم 2.0

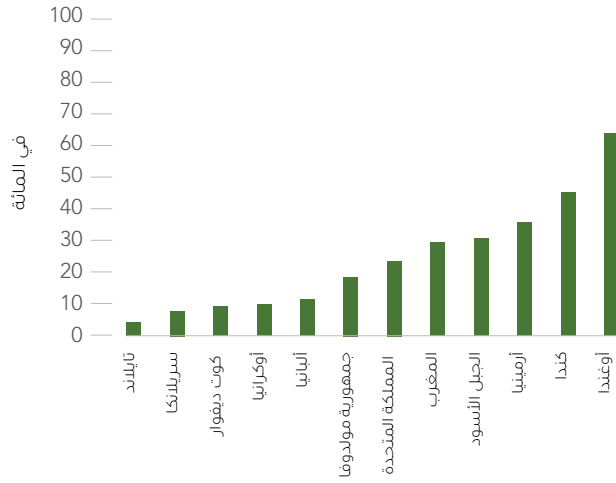
مؤشر الوصم لدى المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري هو مبادرة بحثية يقودها المجتمع المحلي، حيث يتم جمع بيانات عن الأشكال المختلفة للوصم والتمييز التي يعاني منها المتعايشون مع الفيروس. وتوفر المسوح أدلة موثوقة توجه الدعوة والإجراءات الأخرى الرامية إلى إزالة تلك العوائق. وتتم إدارة مؤشر الوصم من قبل الشراكة الدولية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري (وهو ائتلاف تقوده الشبكة العالمية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري)، والمجتمع الدولي للنساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، بدعم من جامعة جونز هوبكنز.

وقد تم إطلاق مبادرة مؤشر الوصم في عام 2008. ومنذ ذلك الحين، أجرت أكثر من 100 دراسة استقصائية مقابلات مع أكثر من 100,000 شخص متعايش مع الفيروس، وقدمت رؤى حيوية حول تجارب الأشخاص المتعايشين مع الفيروس في جميع أنحاء العالم. في عام 2020، تم تطوير منهجية محدثة، مؤشر الوصم 2.0، وتم إطلاقها بدعم من خطة رئيس الولايات المتحدة للطوارئ للإغاثة من الإيدز. تم تعزيز منهجية البحث 2.0 لإنشاء نهج معياري لأخذ العينات لجمع البيانات التي يمكن مقارنتها عبر البلدان وعبر الوقت داخل البلدان. كما تم تعزيز قدرة مجتمعات الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشري على إجراء البحوث التي يقودها المجتمع المحلي والدعوة.

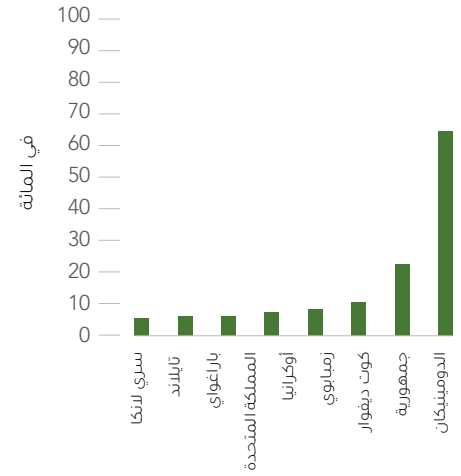
ومن بين انتهاكات الحقوق التي يرصدها مؤشر الوصم تجارب الوصم والتمييز في أماكن الرعاية الصحية. وتتخذ هذه الانتهاكات أشكالاً عدة-من المواقف المتحيزة أو القائمة على أساس إصدار الأحكام إلى انتهاك السرية، وضعف الدعم، وتأخير أو الحرمان من العلاج. وتؤدي هذه الانتهاكات إلى إثناء الناس عن التماس الرعاية الصحية عندما يحتاجون إليها، وتقلل من جودة الرعاية التي يتلقونها، وتضعف الثقة في الخدمات الصحية والالتزام بالنصائح الطبية والعلاج، مما يؤدي إلى تدني النتائج الصحية الجسدية والنفسية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري (1-3). ولا تزال هذه التجارب شائعة في العديد من البلدان، حيث يتعرض أفراد المجموعات السكانية الرئيسية المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري بشكل خاص للوصم أو التمييز عند التماس الرعاية الصحية (4، 5). ففي أوكرانيا، أفاد واحد من كل ستة مشاركين (17%) في استطلاع مؤشر الوصم 2.0 لعام 2020 أنه تعرض للوصم والتمييز في أماكن الرعاية الصحية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري خلال الأشهر الـ 12 الماضية، وكان تجنب الاتصال الجسدي والهمز واللمز أو التعليقات السلبية شائعاً بشكل خاص (الشكل 7.2).

أجري أكثر من 100 دراسة استقصائية لمؤشر الوصم حيث تمت مقابلة ما يزيد عن 100,000 شخص متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري، مما قدّم رؤى حيوية حول تجارب الأشخاص المتعايشين مع الفيروس في جميع أنحاء العالم.

الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن



العابرون/العابرات جنسيًا



المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>). ملحوظة: معظم البيانات المعروضة مستقاة من الدراسات الاستقصائية، والتي يتم إجراؤها عادة في المناطق التي تتوفر فيها خدمات، وبالتالي قد لا تكون تمثيلية بالكامل على المستوى الوطني.



عبر جميع المجموعات السكانية الرئيسية، ذكر واحد على الأقل من كل ثلاثة بلدان مبلّغة أن أكثر من 10% من المستجيبين تجنبوا الرعاية الصحية، بما في ذلك ثلاثة من كل أربعة بلدان للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن.

الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

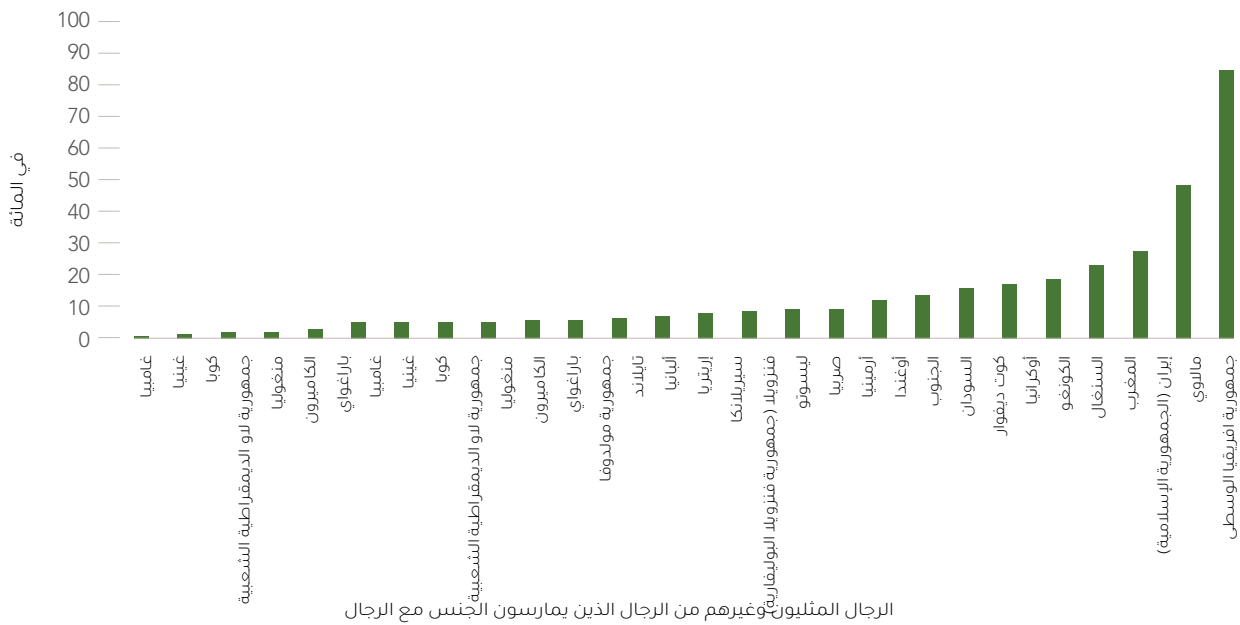
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

العديد من المجموعات السكانية الرئيسية تتجنب الخدمات الصحية

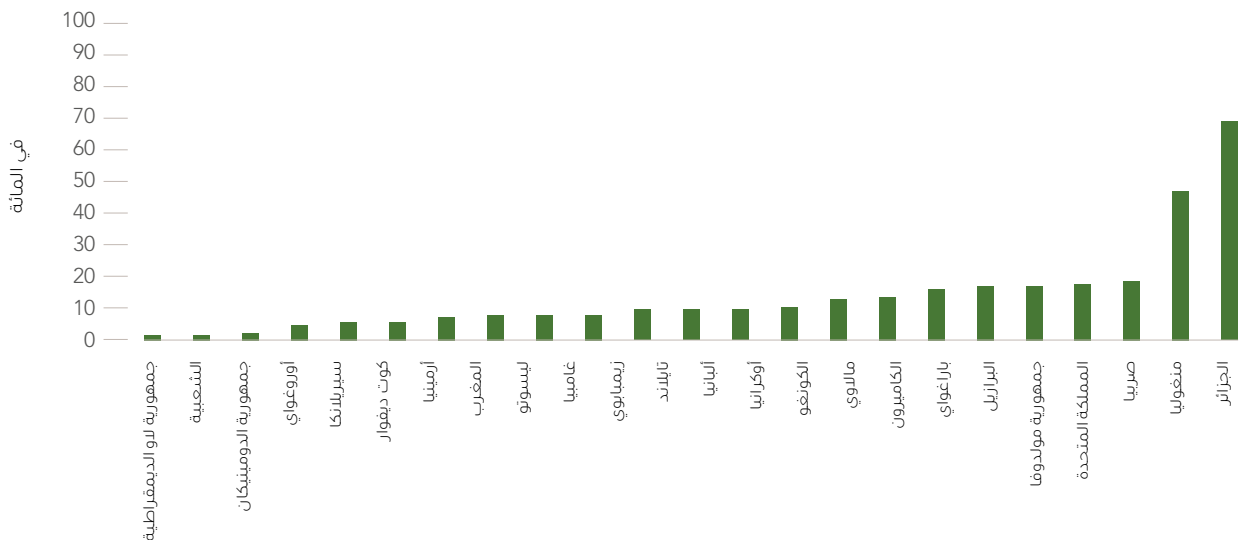
يعتبر الوصم والتمييز من بين العديد من العوائق التي تحول دون وصول المجموعات السكانية الرئيسية عن خدمات الرعاية الصحية الجيدة التي يحتاجون إليها؛ مما يؤثر على صحتهم وقدرتهم على تدبير الأمراض علاجياً والتعامل مع حالات الطوارئ الصحية بنجاح. ويمكن أن تكون تجارب التمييز داخل أماكن الرعاية الصحية شائعة ومضرة بشكل خاص (5-9). وتشير البيانات القطرية التي قُدمت إلى برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إلى أن نسب الأشخاص المنتمين إلى المجموعات السكانية الرئيسية الذين يتجنبون خدمات الرعاية الصحية بسبب الوصم و/أو التمييز لا تزال مرتفعة بشكل يدعو للقلق (الشكل 7.3). وعبر جميع المجموعات السكانية الرئيسية، ذكر واحد على الأقل من كل ثلاثة بلدان مبلّغة أن أكثر من 10% من المستجيبين تجنبوا الرعاية الصحية، بما في ذلك ثلاثة من كل أربعة بلدان للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن.

الشكل 7.3 | تجنب الرعاية الصحية، حسب المجموعة السكانية، البلدان المبلّغة، 2017-2020

العاملون/العاملات في مجال الجنس



الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال



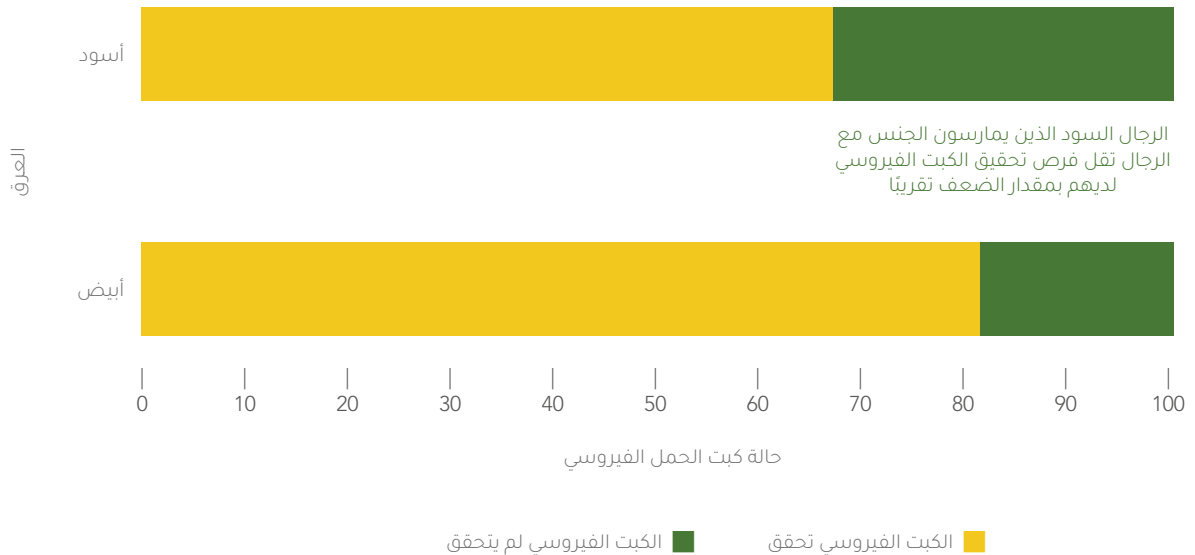
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

التمييز العنصري يؤدي إلى تدني النتائج الصحية

يمثل السود في الولايات المتحدة الأمريكية نسبة كبيرة بشكل غير متناسب من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري: 41% في عام 2019. على الرغم من أنهم يمثلون نحو 13% فقط من مجموع سكان البلاد (13-18). وكانت الغالبية العظمى (76%) من الإصابات بالفيروس بين الأمريكيين السود في عام 2019 بين الرجال، وكان معظمها (82%) بين الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (14). وتشير الدراسات أيضًا إلى وجود تفاوتات عرقية كبيرة في نتائج علاج فيروس نقص المناعة البشري، ويُعزى ذلك إلى عدة عوامل منها تأخر بدء العلاج والرعاية، وانخفاض الالتزام بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية، والوصم والتمييز، وانعدام الثقة في مقدمي الرعاية الصحية أو تعذر الوصول إليهم، وعدم كفاية الوصول إلى التأمين الصحي (19-22)

وأفادت دراسة أجريت حديثًا في مدينة أتلانتا الأمريكية بانخفاض معدلات الكبت الفيروسي بدرجة كبيرة بين الرجال الأمريكيين السود الإيجابيين لفيروس نقص المناعة البشري من المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال، مقارنة بنظرائهم البيض (الشكل 7.5). وتعزو الدراسة الفوارق في المقام الأول إلى الافتقار إلى المساواة في الحصول على الرعاية الطبية والسكن المستقر، وهي معضلات متجذرة في التمييز الاجتماعي وأوجه الإجحاف الأوسع (23).

الشكل 7.5 | كبت الحمل الفيروسي بين الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، حسب العرق، أتلانتا، الولايات المتحدة الأمريكية، 2016-2017



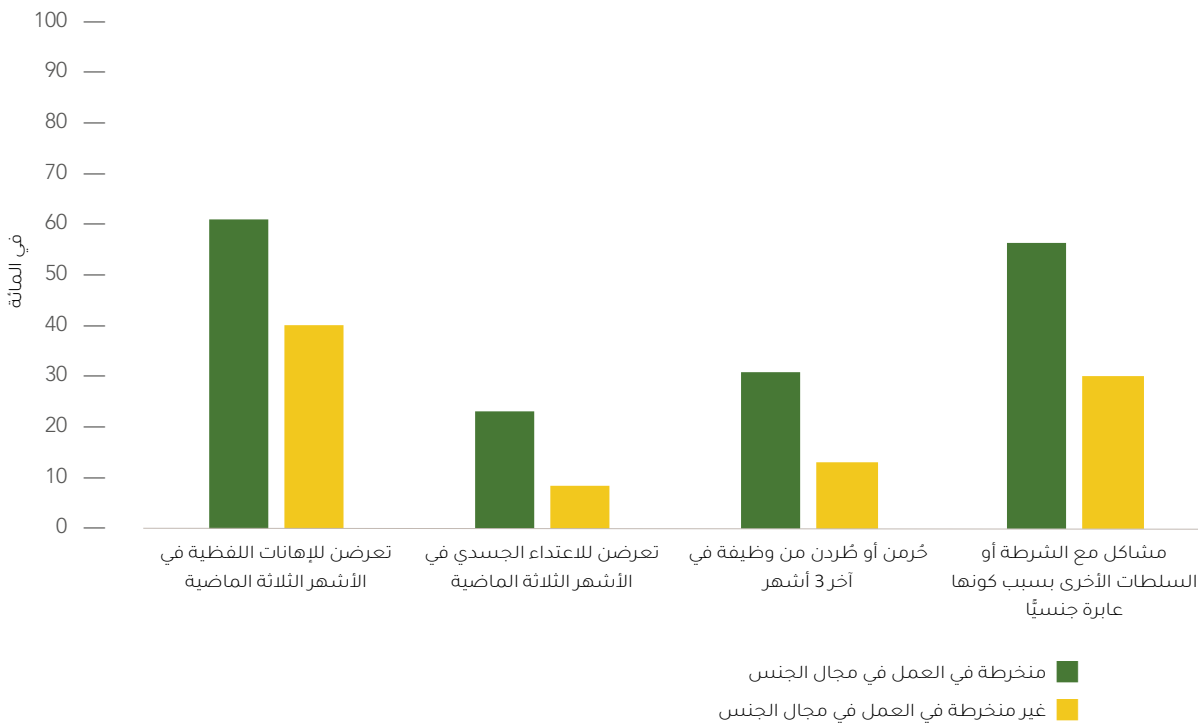
المصدر: Sullivan PS, Knox J, Jones J, Taussig J, Graves MV, Millet G et al. Understanding disparities in viral suppression among Black MSM living with HIV in Atlanta

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

العاملون/العاملات في مجال الجنس من العابرين/العابرات جنسيًا يتعرضون لانتهاكات متكررة

يعد التمييز والإيذاء والتحرش والعنف من التجارب الشائعة المؤلمة للأشخاص العابرين/العابرات جنسيًا (10). وتعتبر النساء العابرات جنسيًا اللواتي يعملن أيضًا في مجال الجنس أكثر عرضة لهذه المعاملة، كما هو موضح في دراسة أجريت في جمهورية الدومينيكان (الشكل 7.4). وتُظهر أبحاث أخرى من منطقة البحر الكاريبي أن التمييز وسوء المعاملة، بالنسبة للأشخاص العابرين جنسيًا، يؤدي في كثير من الأحيان أيضًا إلى العنف، في حين أبرزت المراجعة المنهجية التي أجريت لـ 41 دراسة العلاقة بين تعرض النساء العابرات جنسيًا للوصم والتمييز وفرص تعرضهن للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (11، 12).

الشكل 7.4 | الوصم والتمييز بين النساء العابرات جنسيًا، حسب الانخراط في العمل في مجال الجنس، جمهورية الدومينيكان، 2015



المصدر: Milner AN, Hearld KR, Abreau N, Budhwani H, Rodriguez-Lauzurique RM, Paulino-Ramirez R. Sex work, social support and stigma: experiences of transgender women in the Dominican Republic. Int J Transgend. 2019;20(4):403-12.

1. Pantelic M, Casale M, Cluver L, Toska E, Moshabela M. Multiple forms of discrimination and internalized stigma compromise retention in HIV care among adolescents: findings from a South African cohort. *J Int AIDS Soc.* 2020;23(5):e25488.
2. Feyissa GT, Lockwood C, Woldie M, Munn Z. Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: a systematic review of quantitative evidence. *PLoS One.* 2019;14(1):e0211298.
3. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2):18640.
4. Costa AB, B de Moura Filho J, M Silva J, A Beloqui J, Espindola Y, de Araujo CF et al. Key and general population HIV-related stigma and discrimination in HIV-specific health-care settings: results from the Stigma Index Brazil. *AIDS Care.* 2021;23:1-5.
5. Lancaster KE, Cernigliaro D, Zulliger R, Fleming PF. HIV care and treatment experiences among female sex workers living with HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Afr J AIDS Res.* 2016;15(4):377-86.
6. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(2 Suppl 1):19833.
7. Biancarelli DL, Biello KB, Childs E, Drainoni M, Salhaney P, Edeza A et al. Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug Alcohol Depend.* 2019;198:80-6.
8. Vaites Fontanari AM, Zanella GI, Feijó M, Churchill S, Rodrigues Lobato MI, Costa AB. HIV-related care for transgender people: a systematic review of studies from around the world. *Soc Sci Med.* 2019;230:280-94.
9. Arreola S, Santos GM, Beck J, Sundararaj M, Wilson PA, Hebert P et al. Sexual stigma, criminalization, investment, and access to HIV services among men who have sex with men worldwide. *AIDS Behav.* 2015;19(2):227-34.
10. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet.* 2016;388:412-36.
11. Encuesta de vigilancia de comportamiento con vinculacion serologica, realizada (01). Gran santo domingo: provincia santo domingo y el distrito nacional; 2018.
12. Evens E, Lanham M, Santi K, Cooke J, Ridgeway K, Morales G et al. Experiences of gender-based violence among female sex workers, men who have sex with men, and transgender women in Latin America and the Caribbean: a qualitative study to inform HIV programming. *BMC Int Health Hum Rights.* 2019;19(1):9.
13. Magno L, Silva LAVD, Veras MA, Pereira-Santos M, Dourado I. Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: a systematic review. *Cad Saude Publica.* 2019;35(4):e00112718.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Estimated HIV incidence and prevalence in the United States, 2015–2019. HIV Surveillance Supplemental Report. 2021;26(1).
15. U.S Census Bureau Quick Facts [database]. Washington (DC): U.S. Census Bureau (<https://www.census.gov/>).
16. Millett GA, Peterson JL, Wolitski RJ, Stall R. Greater risk for HIV infection of black men who have sex with men: a critical literature review. *Am J Public Health.* 2006;96(6):1007-19.
17. Sullivan PS, Rosenberg ES, Sanchez TH, Kelley CF, Luisi N, Cooper HL et al. Explaining racial disparities in HIV incidence in black and white men who have sex with men in Atlanta, GA: a prospective observational cohort study. *Ann Epidemiol.* 2015;25(6):445-54.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2018 (updated). HIV Surveillance Report. 2020;31.
19. Dailey AF, Johnson AS, Wu B. HIV care outcomes among Blacks with diagnosed HIV — United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;66(4):97-103.
20. Hall HI, Byers RH, Ling Q, Espinoza L. Racial/ethnic and age disparities in HIV prevalence and disease progression among men who have sex with men in the United States. *Am J Public Health.* 2007;97(6):1060-6.
21. Oh DL, Sarafian F, Silvestre A, Brown T, Jacobson L, Badri S et al. Evaluation of adherence and factors affecting adherence to combination antiretroviral therapy among White, Hispanic, and Black men in the MACS Cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;52(2):290-3.
22. Lyons SJ, Dailey AF, Yu C, Johnson AS. Care outcomes among Black or African American persons with diagnosed HIV in rural, urban, and metropolitan statistical areas – 42 U.S. Jurisdictions, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(7):229-35.
23. Sullivan PS, Knox J, Jones J, Taussig J, Graves MV, Millett G et al. Understanding disparities in viral suppression among Black MSM living with HIV in Atlanta Georgia. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(4):e25689.

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

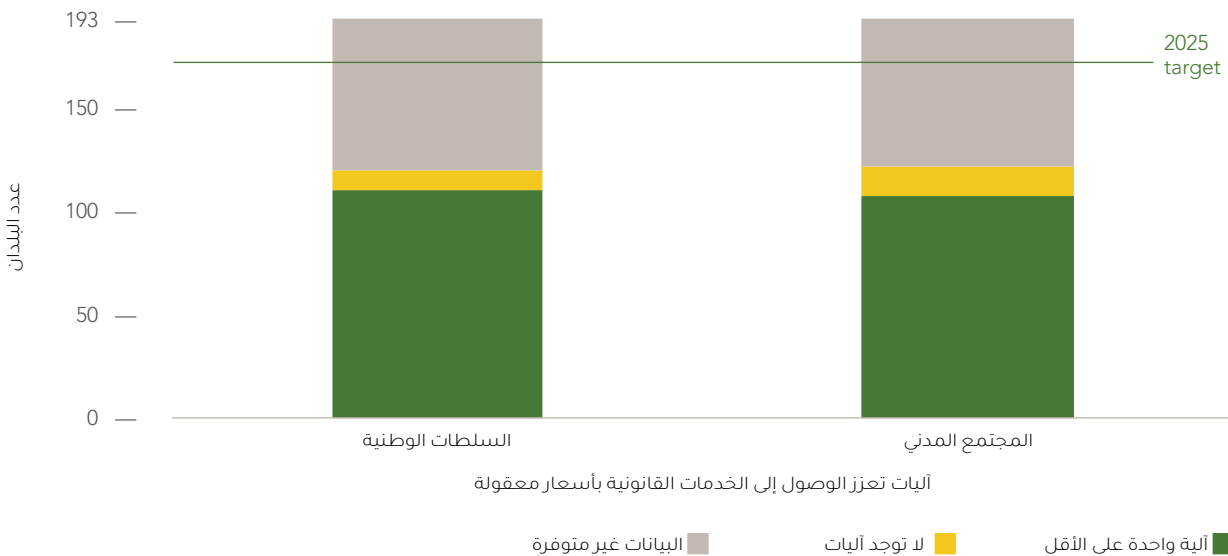
الخدمات القانونية تتيح اتخاذ إجراءات ضد الوصم والتمييز

من شأن الحماية من التمييز والقدرة على التماس الإنصاف القانوني الفعال ضد التمييز وانتهاكات الحقوق الأخرى، أن تمكّن الناس من إعمال حقوقهم، كما تمكنهم من تعزيز وصولهم إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري. ويلزم الإعلان السياسي بشأن الإيدز لعام 2021 البلدان بوضع حد للإفلات من العقاب على انتهاكات حقوق الإنسان ضد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين للإصابة به والمتأثرين به من خلال إنشاء برامج محو الأمية القانونية، وزيادة فرص الحصول على الدعم القانوني للأفراد المتضررين، وتوسيع نطاق التدريب لتوعية القضاة وموظفي إنفاذ القانون والعاملين في مجال الرعاية الصحية وغيرهم من المكلفين بالواجبات.

وتحدد الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز 2021-2026 عدة أهداف يتعين على البلدان تحقيقها. ويتطلب ذلك العمل على ألا تتجاوز نسبة البلدان التي تفتقر إلى الآليات اللازمة لكي يبلغ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية عن سوء المعاملة والتمييز والمطالبة بالإنصاف 10% بحلول عام 2025، وألا تتجاوز نسبة الأشخاص الذين يفتقرون إلى الوصول إلى الخدمات القانونية 10% من مجموع هؤلاء السكان. كما تحدد الاستراتيجية هدفًا آخر يتمثل في التماس الانتصاف من جانب ما يزيد عن 90% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين تعرضوا لانتهاكات حقوقية بحلول عام 2025.

تشير كل من السلطات الوطنية والمجتمع المدني في غالبية البلدان المبلّغة إلى وجود آلية واحدة على الأقل للحصول على خدمات قانونية ميسورة التكلفة حاليًا (الشكل 7.6). وتعد أنواع الآليات الأكثر شيوعًا المتاحة في البلدان هي نظم المساعدة القانونية المطبقة على القضايا المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري، والمساعدات القانونية المجانية، والخدمات القانونية المجانية التي تقدمها شركات المحاماة الخاصة.

الشكل 7.6 | البلدان التي توجد بها آليات لتعزيز الوصول إلى الخدمات القانونية بأسعار معقولة، 2017-2021



المصدر: أداة الالتزامات والسياسات الوطنية، 2017-2021. ملحوظة: تتكون أداة الالتزامات والسياسات الوطنية من جزأين، الجزء الأول أكملته السلطات الوطنية والثاني من قبل المجتمع المدني والشركاء غير الحكوميين الآخرين المشاركين في الاستجابة الوطنية.



أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ تزويد جميع الأطفال والمراهقين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية بسلسلة متصلة من الرعاية والحماية الاجتماعية المناسبة من الناحية التنموية، والتي ثبت أنها تعمل على تحسين النتائج الصحية والنفسية الاجتماعية أثناء نموهم وتقديمهم خلال مرحلة الشباب وحتى بلوغ سن الرشد.

■ توسيع نطاق تدخلات الحماية الاجتماعية المقدمة للفتيات والشباب.

■ اعتماد وإنفاذ التشريعات والسياسات والممارسات التي تحمي حقوق المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به، في الحصول على مستوى معيشي لائق، بما في ذلك الغذاء الكافي والسكن والعمالة والحماية الاجتماعية

■ ضمان حصول 45% من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والمعرضين للإصابة به والمتأثرين به، على مزايا الحماية الاجتماعية وفقاً للتشريعات الوطنية.

امرأة زوجها من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية، تقوم بترتيب الفاكهة والخضروات في كشكها في السوق في دودوما، جمهورية تنزانيا المتحدة.
الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

08

الحماية الاجتماعية

يدعو الهدف 1.3 من أهداف التنمية المستدامة إلى تحقيق تغطية واسعة النطاق للفقراء والفئات الأكثر ضعفًا من خلال نظم الحماية الاجتماعية الوطنية (1). وتتحمل الحكومات الوطنية مسؤولية ضمان مستوى أساسي على الأقل من الضمان الاجتماعي-الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية-للجميع في إطار نظم الحماية الاجتماعية الخاصة بهم (2، 3). وفي العقدين الماضيين، انتشرت آليات الحماية الاجتماعية في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.

ومن خلال معالجة أوجه اللامساواة الكامنة في جذور التهميش والضعف، تؤدي الحماية الاجتماعية إلى تسهيل قدرة الناس على تلبية احتياجاتهم الأساسية وتخفيف المخاطر التي يواجهونها في أوقات الأزمات. وهناك مجموعة قوية وراسخة من الأدلة على أن تدخلات الحماية الاجتماعية يمكن أن تساعد في تحسين صحة الناس، وفرص وصولهم إلى التعليم، ورفعهم، ومدخراتهم، واستقلالهم الاقتصادي واكتفائهم الذاتي (4). كما يمكن لهذه التدابير أن تمكن المرأة من المشاركة الكاملة في الاقتصاد، مما يؤدي إلى تقدم التنمية الاجتماعية والاقتصادية (5). وتسهم الحماية الاجتماعية التي تراعي الاعتبارات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري في زيادة استخدام خدمات الوقاية والعلاج والرعاية المتعلقة بالفيروس من خلال تخفيف بعض الأعباء المالية والعقبات الأخرى التي يواجهها الأشخاص في سبيل الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري. وينص الإعلان السياسي للأمم المتحدة لعام 2021 بشأن الإيدز على ضرورة العمل على حصول 45% من المتعايشين مع الفيروس والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به، على مزايا الحماية الاجتماعية وفقًا للتشريعات الوطنية بحلول عام 2025. غير أن بضعة بلدان فقط تكفل الوصول الفوري إلى تلك الحماية الاجتماعية في الوقت الحالي.

سلطت جائحة كوفيد-19 الضوء على أهمية وجود نظم قوية للحماية الاجتماعية. وقد بدأت البلدان أو وسعت آلاف التدخلات الخاصة بالمساعدات الاجتماعية وسوق العمل في إطار استجاباتها لجائحة كوفيد-19، وارتفعت مستويات الإنفاق الوطني على الحماية الاجتماعية. بيد أن الجزء الأكبر من الإنفاق الإضافي كان في البلدان ذات الدخل المرتفع والبلدان المنتمية إلى الشريحة العليا من الدخل المتوسط (6). وتشير التقديرات أيضًا إلى أن أقل من 20% من تدخلات الحماية الاجتماعية المتعلقة بجائحة كوفيد-19 تراعي الفوارق بين الجنسين وتركز على تحسين الأمن الاقتصادي للمرأة و/أو تلبية احتياجات أعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر (5).

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

حُرِّم ما يصل إلى
4 مليارات شخص
من مزايا الحماية
الاجتماعية في
عام 2019. وكان
المتعاضون
مع فيروس
نقص المناعة
البشري وغيرهم
من المجموعات
السكانية الرئيسية
من بين الفئات
المُهملة في كثير من
الأحيان.

تخلف العديد من البلدان حاليًا عن بلوغ الهدف المحدد لعام 2025

تشير التقديرات إلى أن نحو 45% فقط من سكان العالم مشمولون فعليًا بميزة واحدة على الأقل من مزايا الحماية الاجتماعية، مع بقاء 55% - ما يصل إلى 4 مليارات شخص - دون حماية اعتبارًا من عام 2019 (8). ويعد المتعاضون مع فيروس نقص المناعة البشري وغيرهم من المجموعات السكانية الرئيسية من المجموعات التي غالبًا ما تكون مُهملة. ويرمي هدف عام 2025، المتمثل في حصول 45% من المتعاضين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به على مزايا الحماية الاجتماعية، إلى القضاء على هذا التفاوت.

وتتجلى الصورة الأكثر شمولاً لإتاحة الحماية الاجتماعية للمتعضين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به والمتضررين منه، من خلال تقييمات تأثير فيروس نقص المناعة البشري المستندة إلى السكان (PHIAs) التي تم إجراؤها حتى الآن في 14 دولة أفريقية جنوب الصحراء وهاتي¹. ومن بين البلدان التي تتوافر لديها بيانات تقييمات تأثير الفيروس (الشكل 8.1)، تراوحت النسبة المقدرة من مجموع السكان (على مستوى الأسرة المعيشية) المشمولين بميزة حماية اجتماعية واحدة على الأقل بين 5.2% في إثيوبيا و42% في إيسواتيني. كما تراوحت بين 7.3% في زامبيا و46% في ناميبيا بين النساء المتعضات مع الفيروس، وبين 6.4% في زامبيا و40% في ناميبيا بين الرجال المتعضين مع الفيروس. وبلغت تغطية الحماية الاجتماعية للمراهقات والشابات 20% أو أقل في سبعة بلدان، وتجاوزت 40% في ناميبيا وإيسواتيني. وكانت تغطية العاملات في مجال الجنس منخفضة بشكل موحد. وتتمتع النساء المتعضات مع فيروس نقص المناعة البشري في ناميبيا، والأيتام والأطفال المعرضين للخطر والمراهقات والشابات في إيسواتيني، بمستوى تقديري من تغطية الحماية الاجتماعية التي تلي الهدف المقرر لعام 2025. وتثبت هذه الأمثلة أن هدف عام 2025 قابل للتحقيق.

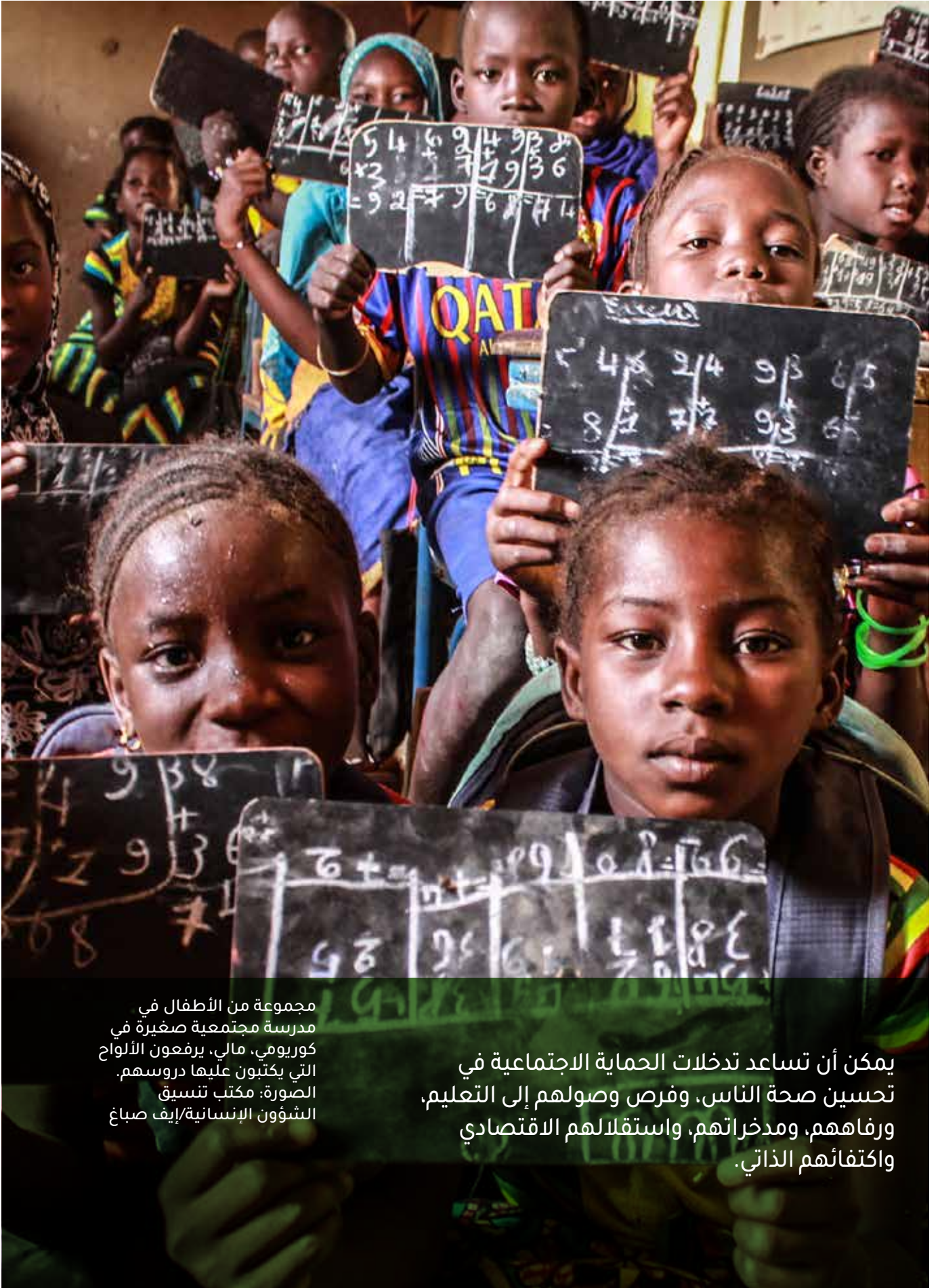
¹ قد لا تسأل المسوح السكانية الأخرى التي تقيس تغطية الحماية الاجتماعية عن حالة فيروس نقص المناعة البشري أو تحديد الهوية من حيث الانتماء إلى إحدى المجموعات السكانية الرئيسية. المسوح التي تقيم النتائج بين المجموعات السكانية الرئيسية، مثل مسوح ترصد السلوكيات الحيوية المتكاملة لا تتضمن حاليًا أسئلة حول الحماية الاجتماعية. ولم تكن هناك بيانات ذات صلة بالأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن أو العابرين جنسيًا في أي من البلدان التي تتوفر بها بيانات الحماية الاجتماعية.

تسهم الحماية الاجتماعية التي تراعي الاعتبارات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية في زيادة استخدام خدمات الوقاية والعلاج والرعاية المتعلقة بالفيروس من خلال تخفيف بعض الأعباء المالية والعقبات الأخرى التي يواجهها الأشخاص في سبيل الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشرية.

ويجري بذل جهود حثيثة لإدراج المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية والمجموعات السكانية الرئيسية في تدابير قصيرة الأجل للتخفيف من تأثير جائحة كوفيد-19. ففي جمهورية الدومينيكان، تم إدراج 15,002 شخصًا من المتعاشين مع الفيروس والمجموعات السكانية وأقاربهم في النظام الوطني الذي تم إنشاؤه لدعم الأشخاص في القطاع غير الرسمي الذين يعانون من فقدان مصدر دخلهم جراء تفشي جائحة كوفيد-19 (7). وفي بيلو، قام برنامج الأغذية العالمي والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا بدعم الجهود المبذولة لتوفير التحويلات النقدية إلى 836 من أسر المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية والمجموعات السكانية الرئيسية ومرضى السل والمهاجرين واللاجئين من أجل دفع ثمن الغذاء والأدوية والسكن (7). وفي جهد مماثل في إسواتيني دعمه الصندوق العالمي وبرنامج الأغذية العالمي، تم عمل تحويلات نقدية لأسر 2507 من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية و3567 من اليتامى والأطفال من الفئات الضعيفة (7).



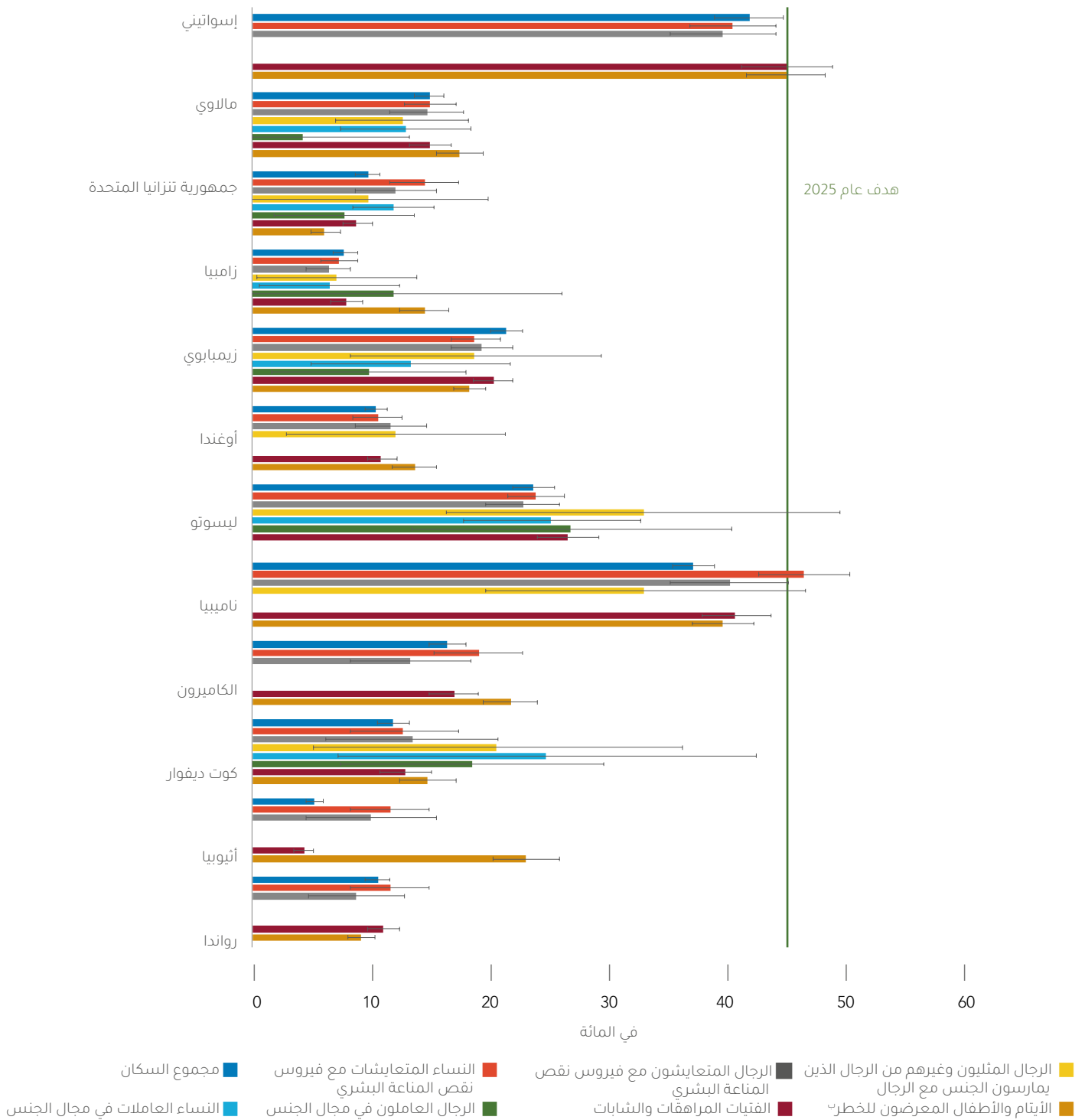
يقدم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وبرنامج الأغذية العالمي ومنظمة APEVIHS غير الحكومية الدعم الغذائي والتغذوي للنساء المتعاشيات مع فيروس نقص المناعة البشرية في كواتيبك وريتا هولفو، غواتيمالا.
الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز



مجموعة من الأطفال في
مدرسة مجتمعية صغيرة في
كورايومي، يرفعون الألواح
التي يكتبون عليها دروسهم.
الصورة: مكتب تنسيق
الشؤون الإنسانية/إيف صباغ

يمكن أن تساعد تدخلات الحماية الاجتماعية في
تحسين صحة الناس، وفرص وصولهم إلى التعليم،
ورفاههم، ومدخراتهم، واستقلالهم الاقتصادي
واكتفائهم الذاتي.

الشكل 8.1 | معدل الانتشار المقدّر للأسرة المعيشية لأي دعم اقتصادي خارجي في الأشهر الاثني عشر الماضية، حسب البلد والمجموعة السكانية، 2015-2018



(أ) يشمل الدعم الاقتصادي الخارجي المشترك للأسرة المعيشية خلال الاثني عشر شهرًا الماضية ما يلي: المعاش الاجتماعي: الدعم المادي أو المالي للمأوى؛ المساعدة الغذائية المقدمة في المنزل أو مؤسسة خارجية؛ دعم إدار الدخل نقدًا أو عينيًا (مثل المدخلات الزراعية)؛ الدعم المادي للتعليم (على سبيل المثال، الزي المدرسي والكتب المدرسية والتعليم ودعم مصروفات التعليم والمنح التعليمية)؛ المساعدة في سداد الرسوم المدرسية؛ التحويل النقدي (على سبيل المثال، المعاش التقاعدي ومنح الإعاقة ومنحة الطفل)؛ وأنواع أخرى من الدعم. المقام: جميع البالغين الذين تمت مقابلتهم أكبر من 15 عامًا مدرجين في تعريفات المجموعات السكانية الرئيسية. البسط: أولئك الذين أشاروا إلى تحقيق تغطية الحماية الاجتماعية.

(ب) الدعم المدرسي والاجتماعي والمادي والنفسي والطبي. المقام: الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، بشرط أن يكون الطفل أو الأم الطبيعية وأو الأب الطبيعي مريضًا للغاية لمدة ثلاثة أشهر على الأقل خلال الاثني عشر شهرًا الماضية (مريض للغاية لدرجة تمنعه من العمل أو ممارسة الأنشطة العادية). البسط: أولئك الذين أشاروا إلى تلقيهم إعالة الطفل في آخر 12 شهرًا.

ملحوظة: تشير البيانات الخاصة بلسواتيني وناميبيا ورواندا إلى الأشهر الثلاثة الماضية؛ لم يتم تضمين متغير الـ 12 شهرًا في مجموعات البيانات. وتستند تقديرات الذكور العاملين في مجال الجنس في مالawi وزامبيا وزيمبابوي والرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال في كوت ديفوار إلى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و49 عامًا، وبالتالي ينبغي توخي الحذر عند تفسيرها.

المصدر: مسح تقييم تأثير فيروس نقص المناعة البشري المستندة إلى السكان (PHIA)، 2015-2018.



المشاركون في دورات التوجيه التجاري التي صممها ونفذتها مؤسسة Action Coach ومنظمة الأعمال التجارية وتنمية الصادرات في يوجياكارتا، إندونيسيا. الصورة: منظمة العمل الدولية إندونيسيا

وفي فبراير/شباط 2021، بعد ثلاثة أشهر من إكمال الدورة التدريبية، كانت ترحب بالزبائن في مطعمها الجديد، Warung Makcik، في منطقة ماترمان في شرق جاكرتا. وفي غضون أسابيع قليلة، كانت قائمة الأطعمة المحلية الخاصة بها تجتذب مشاريع بقيمة 20-50 دولاراً أمريكياً (ما بين 200,000 و500,000 روبية إندونيسية) يومياً.

تقول السيدة سوجيهارتو: "أشعر بروح جديدة بعد تلقي التدريب المكثف في مجال الأعمال-وثقة أكبر في بدء مشروع التجاري ومتحفزة للتعلم من المشروع". وباستخدام التقنيات التي تمت مشاركتها أثناء التدريب، كانت تختبر وتضيف عناصر جديدة إلى قائمة الطعام، والتي تتوفر أيضاً عبر تطبيق طلب الطلبات الخارجية عبر الإنترنت.

وفي عام 2020، تلقت 45 آخرين من العابرين/العابرات جنسياً تدريبات مماثلة. وكانت من بينهم بلقيس كاليستا ماهراني، التي تحولت من بيع المنتجات بدوام جزئي لمعارفها على وسائل التواصل الاجتماعي إلى إدارة متجرها الافتراضي الخاص، متجر A&L، في أحد الأسواق عبر الإنترنت. وبدلاً من بيع عدد قليل من المنتجات فقط في اليوم، كان عليها تعيين مساعدين لإدارة وشحن الطلبات الواردة من العملاء في جميع أنحاء البلاد.

أرومسي ماريسكا، سيدة أعمال عابرة جنسياً تبلغ من العمر 36 عاماً من يوجياكارتا، ركزت عملها سابقاً على صبغة شيبوري، وإنتاج الملابس الجاهزة والأوشحة. وبسبب الجائحة، انخفضت مبيعاتها بشكل كبير؛ إذ تقول "بدأت أفقد الدخل فاستعنت بمدخراتي لتغطية نفقاتي اليومية".

وبعد حصولها على الدورة التدريبية، تعلمت تحويل إبداعاتها إلى منتجات متميزة باستخدام الألوان الطبيعية والعضوية بدلاً من الألوان الاصطناعية. كما بدأت في مسك الدفاتر، وحسنت خدمة العملاء وانضمت إلى السوق الرقمي. "لقد كان تعلم أشياء جديدة من الممارسين [...] تجربة رائعة لإثراء مهاراتي".

وقد أتاح التدريب على الأعمال التجارية للمشاركين فرصة بناء روابط جديدة مع رواد الأعمال المحليين الآخرين، وهي خطوة مهمة نحو خلق بيئة أكثر دعماً واحتراماً لمجتمع العابرين/العابرات جنسياً، ولكسر العديد من الحواجز التي يواجهونها.

دراسة حالة

التوجيه التجاري يضيف روحًا جديدة على العابرين/العابرات جنسيًا في إندونيسيا

على مر السنين، حاولت ليني سوجيهارتو وفشلت عدة مرات أن تحقق حلمها في إدارة مشروع صغير ناجح خاص بها. ولكنها لم تستسلم.

وكغيرها من العابرين جنسيًا في جاكرتا بإندونيسيا، تعاني السيدة سوجيهارتو من تمييز اجتماعي شديد. ليس أقله في سوق العمل أو عند محاولة بناء مهاراتها من خلال التدريب. ونتيجة لذلك، يعيش العديد من العابرين/العابرات جنسيًا حياة محفوفة بالمخاطر تهدد صحتهم وأمنهم الجسدي، مما يعرضهم لخطر أكبر للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. وتشير البيانات المسحية إلى أن ما يقرب من 12% من عدد العابرين/العابرات جنسيًا البالغ عددهم 35,000 شخص في إندونيسيا متعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري (9، 10).

وقد أدت جائحة كوفيد-19 إلى زيادة شعور مجتمع العابرين/العابرات جنسيًا في إندونيسيا بعدم الأمان الاقتصادي؛ مما دفع منظمة العمل الدولية إلى تكثيف جهودها لدعم المشاريع المستدامة من خلال التدريب على الأعمال التجارية للعابرين/العابرات جنسيًا.

وعملت منظمة العمل الدولية مع منطمتين للتدريب على الأعمال التجارية- منظمة Action Coach ومنظمة الأعمال التجارية وتنمية الصادرات-لتصميم الدورة التدريبية وتنفيذها. ويعمل المخطط التدريبي في ثلاث مدن إندونيسية (باندونغ وجاكرتا ويوجياكارتا)، حيث يوفر للشركات الناشئة التي يديرها العابرون/العابرات جنسيًا المهارات الأساسية والمعرفة التي يحتاجونها لتعزيز أعمالهم والارتباط بالمؤسسات الصغيرة والمتوسطة القائمة (11). كما يساعد أصحاب المشاريع الصغيرة الطموحين على وضع خطة عمل، واختيار الأماكن المحتملة، وتقييم تكاليف بدء التشغيل والتشغيل، وتحديد الأسعار.

وكانت السيدة سوجيهارتو واحدة من 12 مرشحًا تم اختيارهم في عام 2020 لمدة شهرين من التدريب المكثف. وساعدت منظمات العابرين جنسيًا المحلية في تحديد معايير الأهلية وتوجيه اختيار المشاركين. ولمدة ثمانية أسابيع، حضرت هي والمشاركون الآخرون سلسلة من ورش العمل عبر الإنترنت وحصلوا على تدريب فردي أسبوعي. وتراوحت الموضوعات من تطوير خطط الأعمال والترويج للمنتجات والتسويق عبر الإنترنت إلى مسك الدفاتر وتقدير التكلفة وتعلم تقنيات بناء الثقة.

استقرت السيدة سوجيهارتو على تعزيز مطعمها الصغير في جاكرتا، بحيث تقدم وجبات مطبوخة في المنزل لعملائها. فأعدت خطة عمل، وصاغت قائمة الطعام وحسبت تكاليف التشغيل، والتي استخدمتها بعد ذلك للحصول على الدعم المالي من مؤسسة Srikanthi Sejati.

المراجع

1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1. New York (NY): United Nations; 2015.
2. International Labour Organization Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102) (https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_205340/lang--en/index.htm).
3. International Labour Organization Social Protections Floors Recommendation, 2012 (No. 202) (https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_205341/lang--en/index.htm#:~:text=The%20Social%20Protection%20Floors%20Recommendation,accessible%20to%20all%20in%20need).
4. Bastagli F, Hagen-Zanker J, Harman L, Barca V, Sturge G, Schmidt T. Cash transfers: what does the evidence say? A rigorous review of programme impact and of the role of design and implementation features. London: Overseas Development Institute; 2016.
5. Alfers L, Holmes R, McCrum C, Quarterman L. Gender and social protection in the COVID-19 economic recovery: opportunities and challenges. London: Social Protection Approaches to COVID-19 Expert Advice Service (SPACE); 2021 (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SPACE_Gender%20and%20Social%20Protection%20in%20the%20COVID_19%20Economic%20Recovery.pdf).
6. Lind J, Roelen K, Sabates-Wheeler R. Social protection, COVID-19 and building back better. IDS Bulletin. 2021;52(1):45-64.
7. Life-changing HIV and social protection interventions in a COVID-19 era. Geneva: UNAIDS, ILO, WFP; 2021 (forthcoming).
8. World social protection report, 2017–2019: universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals. Geneva: ILO; 2020 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf).
9. Integrated biological and behavioral survey, 2018–2019. Jakarta: Ministry of Health [Indonesia]; 2019.
10. Key population size estimates, 2019. Jakarta: Ministry of Health [Indonesia]; 2019.
11. Business coaching to help transgender entrepreneurs thriving the pandemic. In: ILO.org [Internet]. 28 May 2021. ILO; c1996–2021 (https://www.ilo.org/jakarta/info/public/pr/WCMS_795435/lang--en/index.htm).



IV

التعجيل باتخاذ إجراءات بشأن الأمراض والأصحة العالمية





أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ زيادة الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري وتمويلها بالكامل عن طريق تعبئة التمويل من جميع المصادر، بما في ذلك التمويل المبتكر، وتعزيز التضامن العالمي وزيادة الاستثمارات السنوية في مجال مكافحة فيروس نقص المناعة البشري في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل إلى 29 مليار دولار أمريكي بحلول عام 2025.

■ حشد المزيد من الموارد المحلية المستدامة من أجل تدابير التصدي لفيروس نقص المناعة البشري من خلال مجموعة واسعة من الاستراتيجيات والنهج، مثل الشراكات بين القطاعين العام والخاص، وتمويل الديون، وتخفيف عبء الديون، وإعادة هيكلة الديون، والإدارة السليمة للديون؛ والضرائب التصاعدية؛ والتصدي للفساد وإنهاء التدفقات المالية غير المشروعة؛ وتحديد وتجميد واسترداد الأصول المسروقة وإعادة تدويرها إلى بلدانها الأصلية.

■ العمل على إدماج تمويل تدابير الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري تدريجياً في التمويل المحلي للصحة والحماية الاجتماعية والاستجابات لحالات الطوارئ والاستجابات للجوائح.

■ استكمال الموارد المحلية من خلال زيادة التعاون بين الشمال والجنوب، والتعاون فيما بين بلدان الجنوب، والتعاون الثلاثي لتمويل الاحتياجات المتبقية من الموارد، ولا سيما من أجل التصدي لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان ذات القدرات المالية المحدودة، وتلك التي تأثرت اقتصاداتها بشدة جراء جائحة كوفيد-19.

■ الوفاء بالتزامات الرسمية للمساعدة الإنمائية وزيادة النسبة المئوية للمساعدة الإنمائية الرسمية للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري.

■ التعبئة الكاملة لاحتياجات الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا من الموارد من خلال مؤتمرات تجديد موارد.

■ الاستثمار في عوامل التمكين المجتمعي - بما في ذلك حماية حقوق الإنسان والحد من الوصم والتمييز وإصلاح القوانين، عند الاقتضاء - في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل إلى 3.1 مليار دولار بحلول عام 2025.

09

الاستثمار من أجل
القضاء على الإيدز

لن يتسنى القضاء على الإيدز بدون تمويل كبير من خلال زيادة حجم الاستثمارات المحلية، وتعزيز الالتزامات الدولية، وتخصيص الموارد المتاحة على نحو أكثر فعالية.

لقد كان نقص الاستثمار في استجابات البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل لفيروس نقص المناعة البشري سبباً رئيسياً في عدم تحقيق الأهداف العالمية لعام 2020. تراجعت الموارد المالية المتوفرة في عام 2020 بنسبة 29% عن قيمة 26 مليار دولار أمريكي (طبقاً لسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي في عام 2016) التي تعهدت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بتعبئتها سنوياً بحلول عام 2020.^{1,2} كما أن مبلغ 21,5 مليار دولار أمريكي (طبقاً لسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي في عام 2019) من الموارد المتاحة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل في عام 2020 كان أيضاً أقل بكثير من الهدف الاستثماري البالغ 29 مليار دولار أمريكي لعام 2025 الذي تم تحديده في إعلان الأمم المتحدة السياسي لعام 2021 بشأن القضاء على الإيدز. وقد تفاوتت مخصصات الموارد حسب المنطقة ومجال البرنامج. ففي شرق وجنوب أفريقيا وأمريكا اللاتينية، تطابقت موارد فيروس نقص المناعة البشري المتاحة في عام 2020 أو حتى تجاوزت مجموع احتياجات تلك المناطق من الموارد. بيد أن نسبة كبيرة من هذه الموارد لم تخصص لمجالات البرامج أو المجموعات السكانية التي تتخللها أكبر الثغرات، مما أدى إلى الحد من تأثيرها. وتفترض تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بشأن الاحتياجات من الموارد تخصيص الموارد على نحو فعال، وتخفيض تكاليف الوحدة للسلع الأساسية وتقديم الخدمات، ووقف تمويل الخدمات التي ليس لها أثر مثبت في الحد من الإصابات بفيروس نقص المناعة البشري أو الوفيات المرتبطة بالإيدز.

كانت فجوات الموارد كبيرة بشكل خاص في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى (التي تكافح وباء فيروس نقص المناعة البشري المتنامي بشكل سريع) والشرق الأوسط وشمال إفريقيا (التي لم تسيطر على الوباء بعد) وآسيا والمحيط الهادئ (حيث تتناقص حالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بوتيرة بطيئة للغاية).

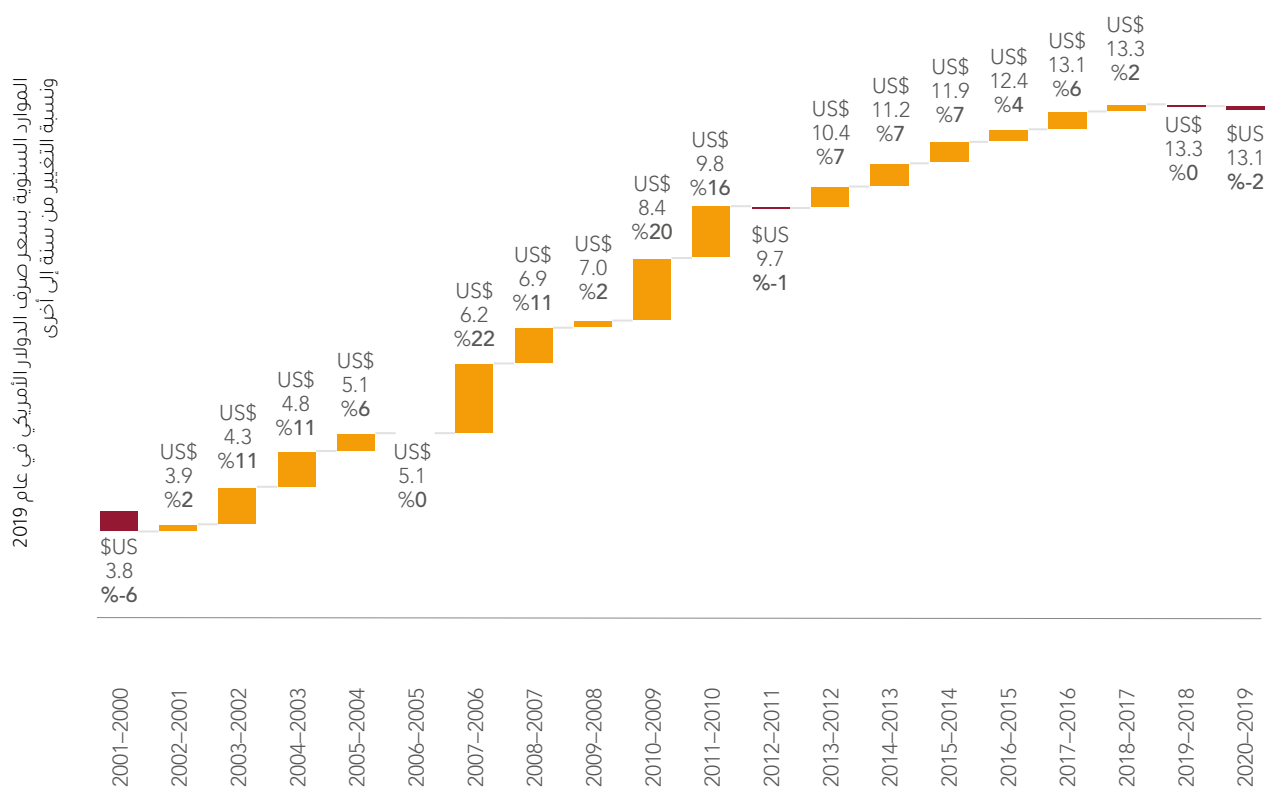
وهناك فجوة مشتركة في الموارد في جميع المناطق تقريباً تتمثل في تمويل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالفيروس. ويعد الاستثمار في الوقاية من الفيروس بين المراهقات والشابات أمراً بالغ الأهمية في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء حيث يكون معدل الإصابة بالفيروس مرتفعاً بشكل خاص بين عموم السكان. وتدعو الاستراتيجية العالمية لمكافحة الإيدز 2021-2026 إلى مضاعفة إجمالي الاستثمارات في خدمات الوقاية الأولية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل بمقدار يقترب من الضعف، من 5,3 مليار دولار أمريكي في النفقات المقدرة في عام 2019 إلى نحو 9,5 مليار دولار أمريكي في عام 2025.

كما يدعو الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز إلى زيادة الاستثمارات في عوامل التمكين المجتمعي، بما في ذلك إلغاء القوانين والسياسات العقابية، والقضاء على الوصم والتمييز، وتوفير إمكانية الوصول إلى العدالة، والمشاركة في تحقيق أهداف التنمية المستدامة ذات الصلة، وضمان المساواة بين الجنسين. ويجب أن تزيد هذه الاستثمارات إلى 3,1 مليار دولار في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل بحلول عام 2025.

¹ مجموعة البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل المدرجة في تقديرات توافر الموارد والاحتياجات الواردة في هذا الفصل تتبع تصنيف البنك الدولي للبلدان حسب مستويات الدخل لعام 2020، والذي يشمل البلدان المصنفة سابقاً على أنها مرتفعة الدخل.

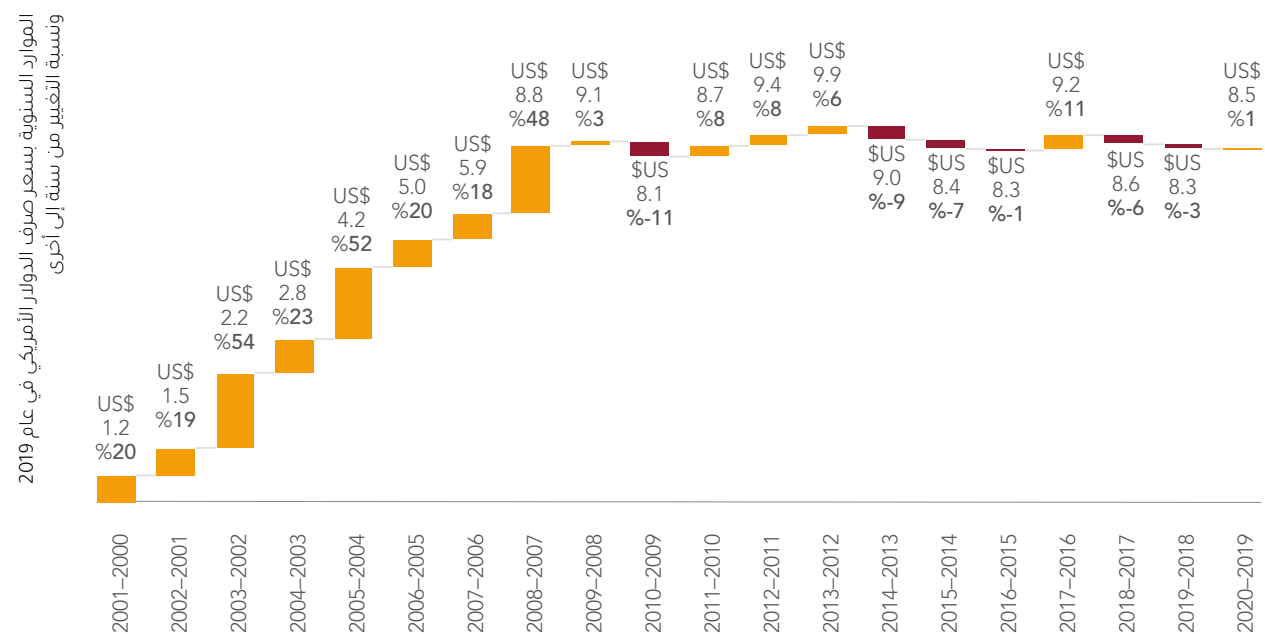
² يستخدم انخفاض النسبة المئوية مقارنة بالهدف المحدد لعام 2020 قيمة تقديرية لتوافر الموارد لعام 2020 (18,5 مليار دولار أمريكي) فُقاس بسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي في عام 2016 لمطابقة الأهداف الخاصة بالموارد في الإعلان السياسي لعام 2016 بشأن إنهاء الإيدز، وفُقاس تقديرات الموارد والاحتياجات الأخرى الواردة في هذا الفصل بسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي في عام 2019، بما يتوافق مع أهداف الموارد المنصوص عليها في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز.

الشكل 9.1 | التغيير في توافر الموارد المخصصة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري من المصادر المحلية من سنة إلى سنة إلى أخرى، البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، 2000-2001 إلى 2019-2020



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021
(<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>)

الشكل 9.2 | التغيير في توافر الموارد المخصصة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري من المصادر الدولية من سنة إلى سنة إلى أخرى، البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، 2000-2001 إلى 2019-2020



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021
(<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>)

التمويل المحلي في حالة ثبات

بلغ إجمالي الموارد المتاحة للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل ذروته في عام 2017، وهو أقل بكثير من الهدف المحدد لعام 2020. ثم انخفض بشكل طفيف من عام 2018 إلى عام 2020. ومنذ ذلك الحين، استقر التمويل المحلي (العام والخاص) الذي كان يعد المصدر الرئيسي لنمو الموارد المتاحة للتصدي للفيروس في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل على مدى العقد الماضي، بل وربما بدأ في الانخفاض (الشكل 9.1).

ارتفعت الموارد الدولية المخصصة للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل بشكل مطرد بين الدورة الاستثنائية الأولى للجمعية العامة للأمم المتحدة حول الجائحة في عام 2001 والأزمة المالية في 2007-2008. وبعد ذلك انخفض مجموع المساهمات الدولية ثم انتعش قليلاً بعد الأزمة، بداية سلسلة من التقلبات التي لم تسفر عن أي نمو عام على مدى 10 سنوات (الشكل 9.2). وفي حدود مجموع مساهمات المانحين، زادت المدفوعات المتصلة بخطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز، وظلت الموارد من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي) مستقرة نسبياً، وانخفضت المدفوعات من المانحين الدوليين الآخرين بنحو النصف منذ عام 2010.

كان التمويل المحلي المصدر الرئيسي لنمو الموارد المتاحة للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل على مدى العقد الماضي. ومع ذلك، فقد استقرت مؤخراً وربما بدأت في الانخفاض.

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

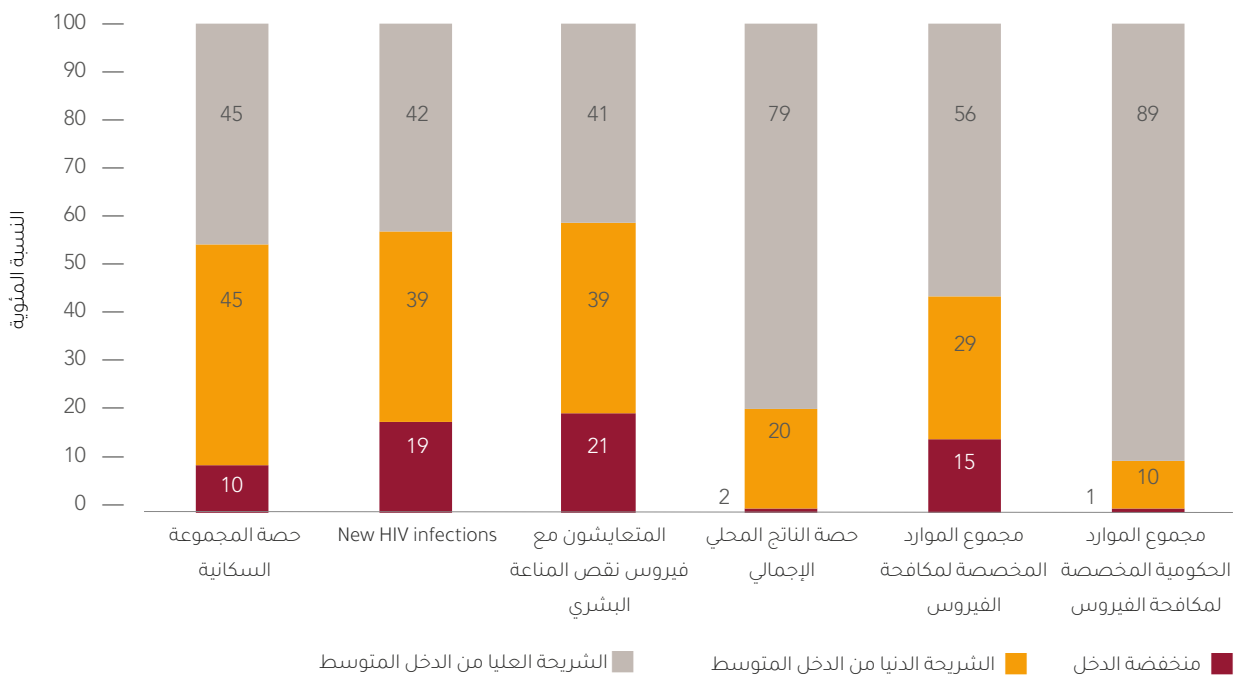


الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

تقع الفجوة القائمة بين الموارد المتاحة للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في عام 2020 والموارد اللازمة في عام 2025، في الأساس بين بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط وبلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط

ولا تتطابق دائمًا الموارد المخصصة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري المتاحة للبلدان المنتمية إلى مختلف فئات الدخل مع العبء الفيروسي الذي ترزح تحته ولا مع ناتجها الاقتصادي. ولا تسهم البلدان منخفضة الدخل سوى بـ 2% تقريباً من الناتج الاقتصادي الإجمالي للبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، ولكنها لا توفر سوى 1% من الموارد العامة المحلية المكرسة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري في جميع البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (الشكل 9.4). وتعتمد هذه البلدان اعتماداً كبيراً على الدعم الخارجي من المانحين لتمويل برامجها المتعلقة بالفيروس. وتنتج بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط 20% من الناتج الاقتصادي الإجمالي للبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، ولكنها توفر 10% من الموارد العامة المحلية المخصصة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري في جميع البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. وتعد بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط مسؤولة عن نحو 80% من إجمالي الناتج المحلي، وتحمل نحو 41% من عبء فيروس نقص المناعة البشري، كما تملك 89% من الموارد المحلية المتاحة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. وقد يسهم ارتفاع تكاليف الوحدة نسبياً في استئثار هذه المجموعة حالياً بالحصص الأكبر من الموارد المتعلقة بالفيروس. وتشير هذه البيانات إلى أن البلدان منخفضة الدخل والبلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى لديها مجال لزيادة مقدار الموارد المحلية التي تخصصها للاستجابة للفيروس، وإن كان بقدر متواضع ولكن في حدود قدراتها، في حين يمكن للبلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى، بل يجب عليها، أن تزيد تمويلها لتلبية احتياجاتها من الموارد المتعلقة بالتصدي لفيروس نقص المناعة البشري.

الشكل 9.4 | توزيع السكان، عبء الأمراض المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشري، الناتج الاقتصادي والموارد المالية، حسب تصنيف الدخل في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، 2020



المصدر: تحليل يستند إلى تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز المالية والوبائية، 2021؛ التوقعات الاقتصادية العالمية، واشنطن العاصمة: صندوق النقد الدولي، 2021 (https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2021/03/23/world-economic-outlook-april-2021).

ملحوظة: تقدم البيانات لجميع البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.

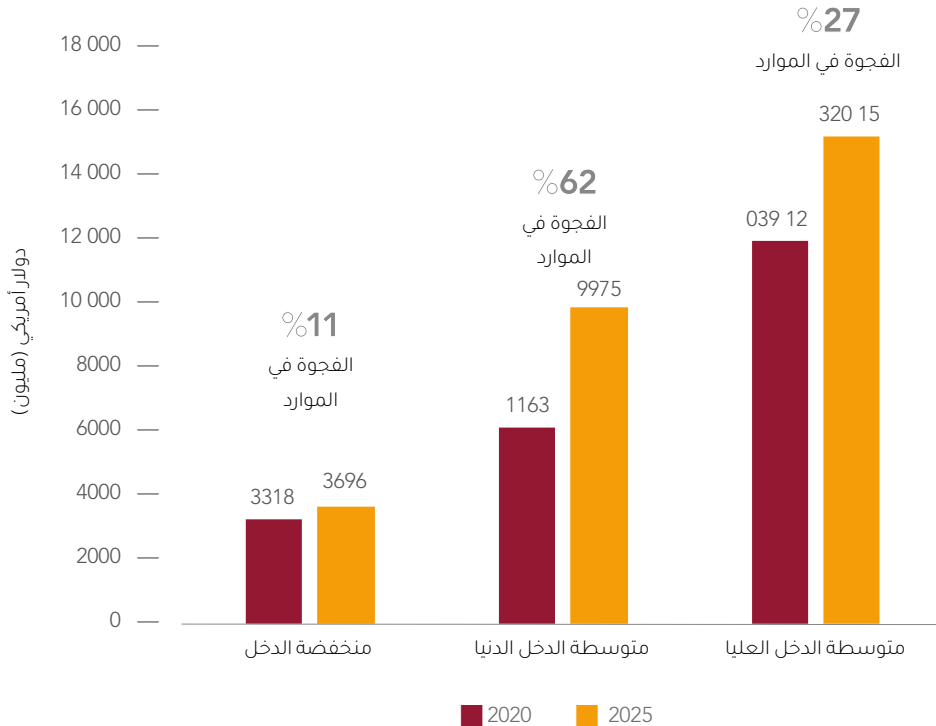
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

زيادة الفجوات القائمة في الموارد في بلدان الشريحتين الدنيا والعليا من الدخل المتوسط

تمثل البلدان المنتمية إلى الشريحة العليا من الدخل المتوسط نحو 53% من إجمالي احتياجات البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل من الموارد اللازمة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري في عام 2025. وتعكس هذه الحصة ارتفاع تكاليف الوحدة (على سبيل المثال، بالنسبة للموارد البشرية والأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وغيرها من السلع الأساسية المتعلقة بالفيروس) وزيادة أحجام المجموعات السكانية التي تحتاج إلى الحماية داخل تلك الشريحة من الدخل. ويتركز ما يزيد قليلاً عن النصف (51%) من إجمالي احتياجات الموارد الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل لعام 2025 في تسعة بلدان، سبعة منها من بين البلدان العشرة الأكثر اكتظاظاً بالسكان في العالم. وستة من هذه البلدان التسعة تنتمي إلى الشريحة العليا من الدخل المتوسط: البرازيل والصين وإندونيسيا والمكسيك والاتحاد الروسي وجنوب أفريقيا.

وتقع الفجوة القائمة بين الموارد المتاحة للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في عام 2020 والموارد اللازمة في عام 2025، في الأساس بين بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط وبلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط (الشكل 9.3). وفي البلدان منخفضة الدخل التي تعتمد اعتماداً كبيراً على دعم المانحين، بلغت نسبة الموارد المتاحة للتصدي للفيروس في عام 2020 تسعين بالمائة من الموارد المقدرة اللازمة في عام 2025.

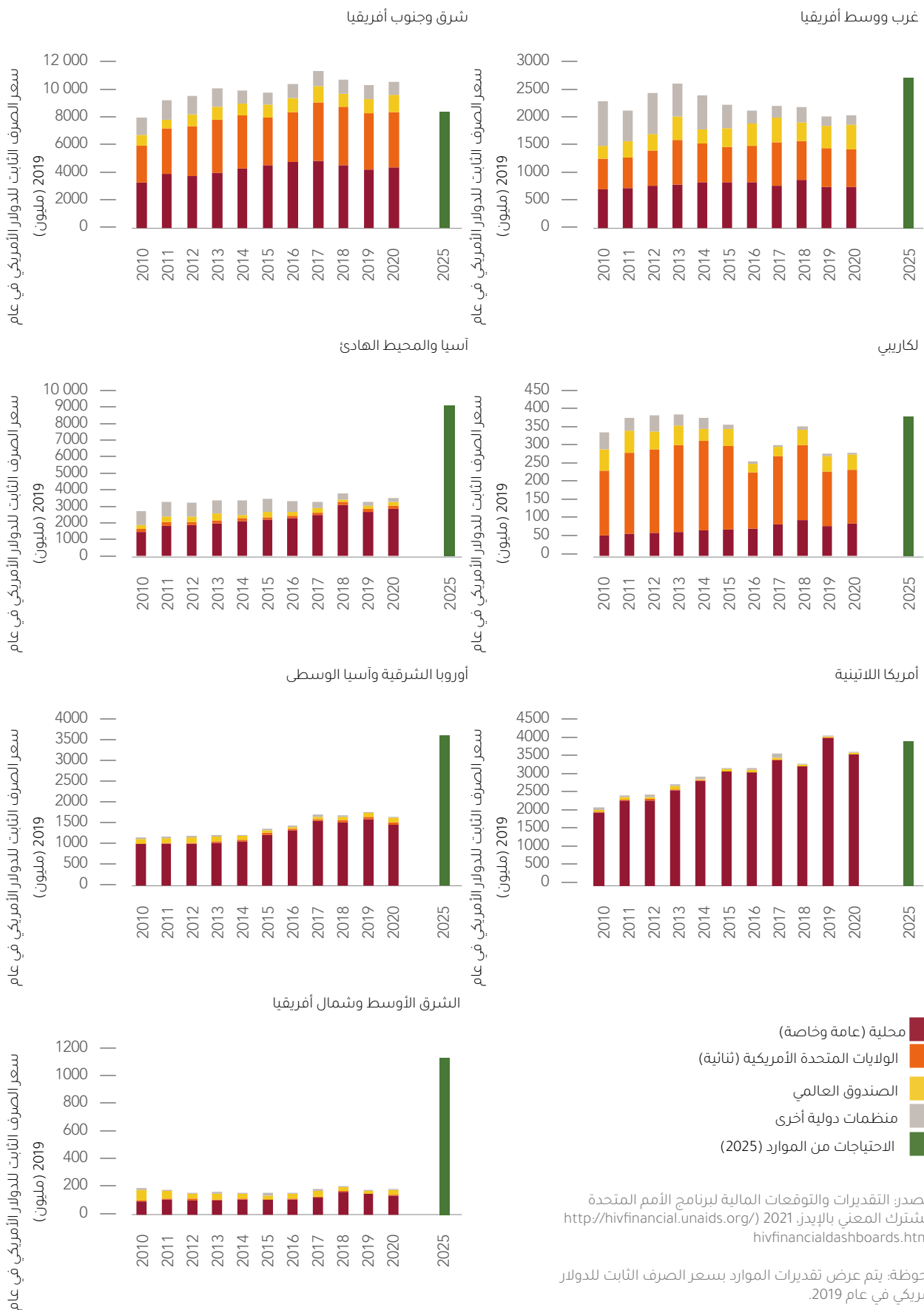
الشكل 9.3 | الموارد الحالية، 2020، والاحتياجات المقدرة من الموارد، 2025، حسب تصنيف الدخل القطري



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021
(<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>)

ملحوظة: يتم تقديم تقديرات الموارد بسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي في عام 2019. والبلدان المدرجة في التقرير هي تلك التي صنفها البنك الدولي في عام 2020 على أنها منخفضة ومتوسطة الدخل.

الشكل 9.5 | توافر الموارد اللازمة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري، 2010-2020، الاحتياجات المقدرة من الموارد اللازمة لمواجهة الفيروس بحلول عام 2025، حسب المنطقة



اختلاف توافر الموارد باختلاف المناطق

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

يتفاوت توافر موارد فيروس نقص المناعة البشري بدرجة كبيرة حسب المنطقة، حيث ترتفع نسب التمويل الدولي في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء ومنطقة البحر الكاريبي (الشكل 9.5). وسجلت بلدان شرق وجنوب أفريقيا مستويات مرتفعة نسبيًا من الإنفاق على مكافحة فيروس نقص المناعة البشري من خلال مزيج من الموارد المحلية والدولية، مما ساعد على دفع واستمرار الانخفاض المطرد في الإصابات الجديدة بالفيروس والوفيات المرتبطة بالإيدز. وتعتمد استجابات فيروس نقص المناعة البشري في غرب ووسط أفريقيا ومنطقة البحر الكاريبي اعتمادًا كبيرًا على الموارد الدولية، كما أن توافر الموارد عمومًا في المنطقتين قد انخفض في السنوات الأخيرة. وفي منطقة غرب ووسط أفريقيا، لا يزال استمرار الاعتماد على الإنفاق من المال الخاص (مثل رسوم المستخدمين على الخدمات الصحية) يشكل عائقًا رئيسيًا أمام الحصول العادل على خدمات فيروس نقص المناعة البشري (1-3).

وتحظى تدابير التصدي لفيروس نقص المناعة البشري في المناطق الأخرى بنسب أقل بكثير من دعم المانحين. فعلى سبيل المثال، نجحت معظم بلدان أمريكا اللاتينية في حشد مقدار كبير من الموارد المحلية لمواجهة فيروس نقص المناعة البشري وخفضت الإصابات والوفيات الناجمة عن الإصابة به إلى مستويات منخفضة نسبيًا، ولكن تسطيح منحى الإصابات بالفيروس والانخفاض البطيء في الوفيات المرتبطة بالإيدز في السنوات الأخيرة يشيران إلى وجود حاجة إلى استخدام الموارد المتاحة بشكل أفضل بكثير حتى يتسنى تحقيق المزيد من التقدم. كما يمكن تشكيل الاتجاهات الإقليمية من خلال الإنفاق في عدد قليل من البلدان المؤثرة.

ولا يزال هناك نقص حاد في الإنفاق على الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في منطقتي أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى والشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ويتعين على آسيا والمحيط الهادئ أيضا زيادة استثماراتها في الاستجابة للفيروس إذا ما كان لها أن تحقق الأهداف المحددة لعام 2025. وتوفر هذه المناطق الثلاث جميعها معظم مواردها الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري من مصادر محلية.



الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

في المناطق التي تتوفر فيها الموارد سنويًا، وهي مناطق تحقق بالفعل أو تتجاوز أهدافها الاستثمارية لعام 2025، يلزم تخصيص الموارد على نحو أكثر فعالية لتحقيق أهدافها المتعلقة بتغطية الخدمات وتأثيرها لعام 2025.



الصورة: برنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بالإيدز

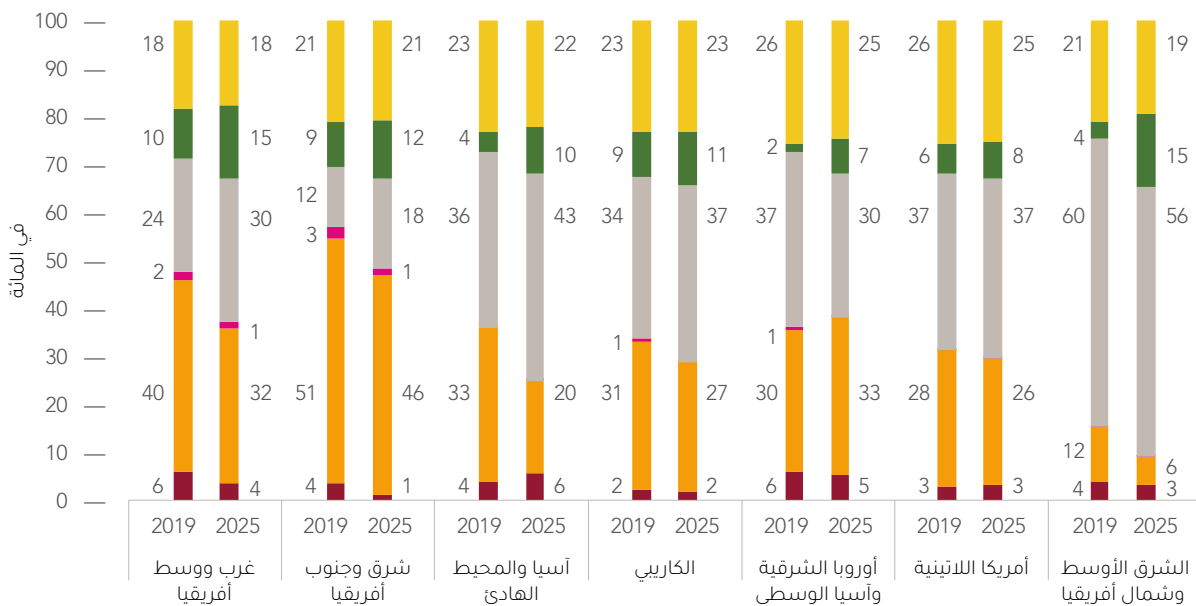
يمكن تحقيق المزيد من التخفيضات في أسعار الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وغيرها من السلع الأساسية الرئيسية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري من خلال الاستخدام الاستراتيجي لأوجه المرونة بموجب الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية، وإعادة ترتيب نظم الشراء، وإدارة العرض للاستفادة من وفورات الحجم.

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

في المناطق التي تضم بلداناً مكتظة بالسكان وتنفّض بها معدلات انتشار الفيروس على الصعيد الوطني نسبياً، تدفع الأعداد الكبيرة من الأشخاص المحتاجين إلى خدمات الوقاية من الفيروس إلى تلبية الاحتياجات من الموارد المتعلقة بالفيروس.

ضرورة تطابق النفقات مع احتياجات البرامج ينبغي أن تعكس أنماط الإنفاق على فيروس نقص المناعة البشري في البلدان حجم أوبئة الفيروس وخصائصه. فعلى سبيل المثال، في المناطق التي تضم بلداناً مكتظة بالسكان وتنفّض بها معدلات انتشار الفيروس على الصعيد الوطني نسبياً، مثل آسيا والمحيط الهادئ، تدفع الأعداد الكبيرة من الأشخاص المحتاجين إلى خدمات الوقاية من الفيروس إلى تلبية الاحتياجات من الموارد المتعلقة بالفيروس. وعلى النقيض من ذلك، في المناطق التي يزيد فيها عبء المرض، مثل شرق وجنوب أفريقيا، تمثل خدمات الاختبار والعلاج حصة أكبر من نفقات برنامج فيروس نقص المناعة البشري لعام 2020 والاحتياجات من الموارد لعام 2025 (شكل 9-6).

الشكل 9.6 | توزيع النفقات المقدّرة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري، 2019، والاحتياجات من الموارد اللازمة لمواجهة الفيروس، 2025، حسب المجال البرنامجي والمنطقة

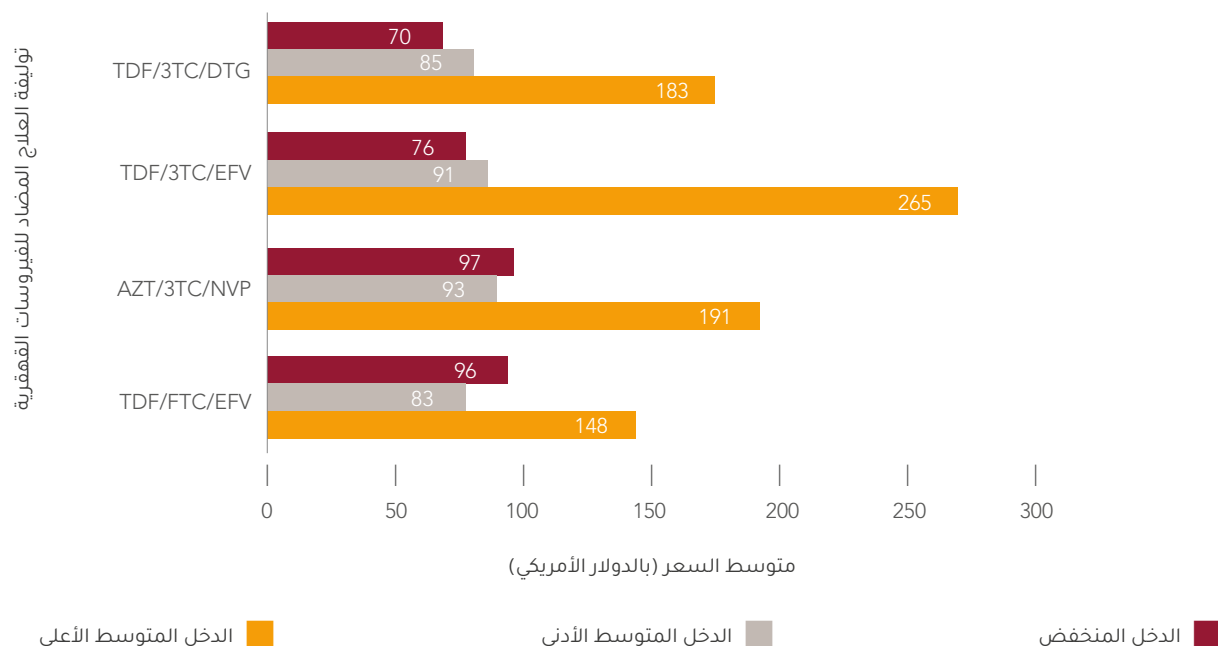


■ اختبار فيروس نقص المناعة البشري ■ العلاج المضاد للفيروسات القهقرية ■ الوقاية الأولية
■ منع انتقال فيروس نقص المناعة البشري من الأم إلى وليدها ■ إدارة البرامج ■ عوامل التمكين المجتمعي

المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

ملحوظة: الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية لا يشمل العلاج المضاد للفيروسات القهقرية.

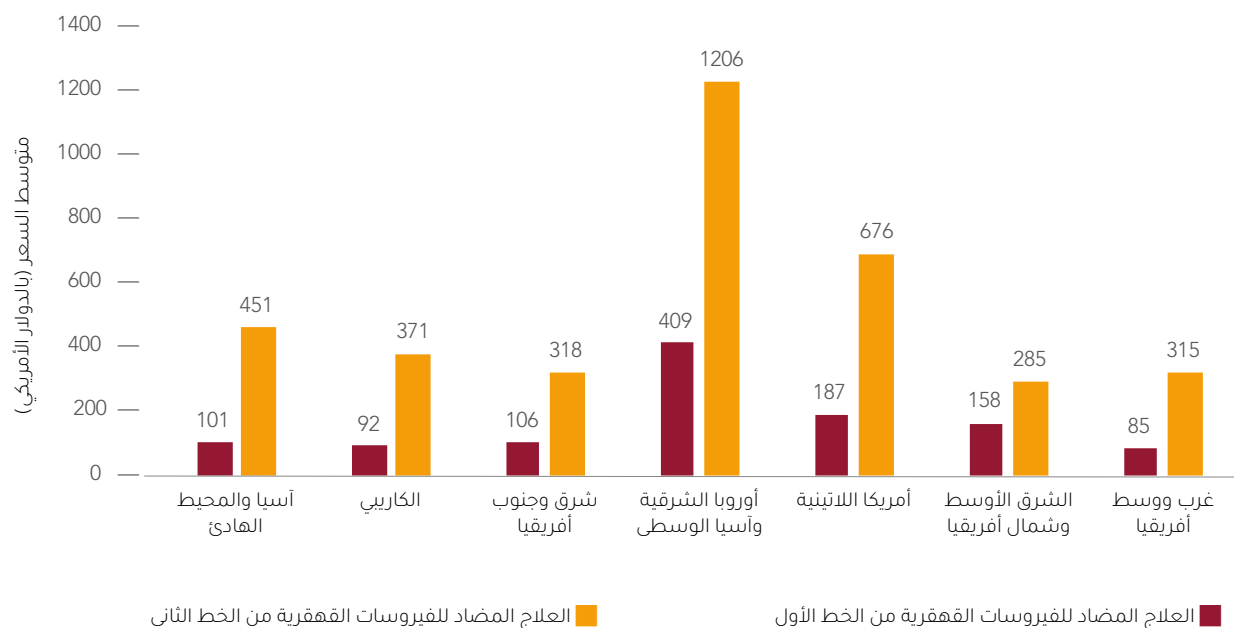
الشكل 9.7 | متوسط سعر (بالدولار الأمريكي) العلاج المضاد للفيروسات القهقرية من الخطين الأول والثاني للشخص الواحد في السنة، حسب فئة الدخل القطري، 2020



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.ht>): أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

ملحوظة: البيانات الواردة هي عن الـ 89 بلدًا التي أبلغت أداة الرصد العالمي للإيدز لعام 2021 التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. ملحوظة: TDF = تينوفير ديسوبروكسيل فوماراتي؛ 3TC = لاميفودين؛ DTG = دولوتجرافير؛ EFV = إيفيرينز؛ AZT = أزيدوتيميدين؛ NVP = نيفيرابين؛ ولجنة التجارة الاتحادية = إمتريسيبتابين

الشكل 9.8 | متوسط سعر (بالدولار الأمريكي) العلاج المضاد للفيروسات القهقرية من الخطين الأول والثاني للشخص الواحد في السنة، حسب المنطقة، 2020



المصدر: التقديرات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.ht>): أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

ملحوظة: البيانات الواردة هي عن الـ 89 بلدًا التي أبلغت أداة الرصد العالمي للإيدز لعام 2021 التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.

بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط تدفع أكثر مقابل أدوية فيروس نقص المناعة البشري

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

إن تكلفة الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لها أثر كبير على الاحتياجات من الموارد اللازمة للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري. وفي الوقت الراهن، يتشابه متوسط أسعار العلاج المضاد للفيروسات القهقرية من الخطتين الأول والثاني بشكل عام في البلدان منخفضة الدخل والبلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى، ولكنه أعلى بكثير في البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى (الشكل 9.7). فعلى سبيل المثال، تقبل بلدان أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى وأمريكا اللاتينية إلى دفع أسعار أعلى بكثير للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية مقارنة ببلدان في مناطق أخرى (الشكل 9.8). ويمكن تحقيق تخفيضات أخرى في أسعار الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وغيرها من السلع الأساسية الرئيسية المتعلقة بالفيروس من خلال الاستخدام الاستراتيجي لأوجه المرونة بموجب الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة لحقوق الملكية الفكرية، وإعادة ترتيب نظم المشتريات وإدارة الإمدادات للاستفادة من وفورات الحجم. وإذا تحققت هذه الوفورات وغيرها من الوفورات في التكاليف، فقد تؤدي زيادة الموارد المخصصة لاختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري بنسبة 14% إلى حدوث زيادة بنسبة 35% في عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج بحلول عام 2025 وهو ما يكفي بلوغ الأهداف 95-95-95 الخاصة بالاختبار والعلاج.



الصورة: اليونيسيف/جينييلسون كوتينو

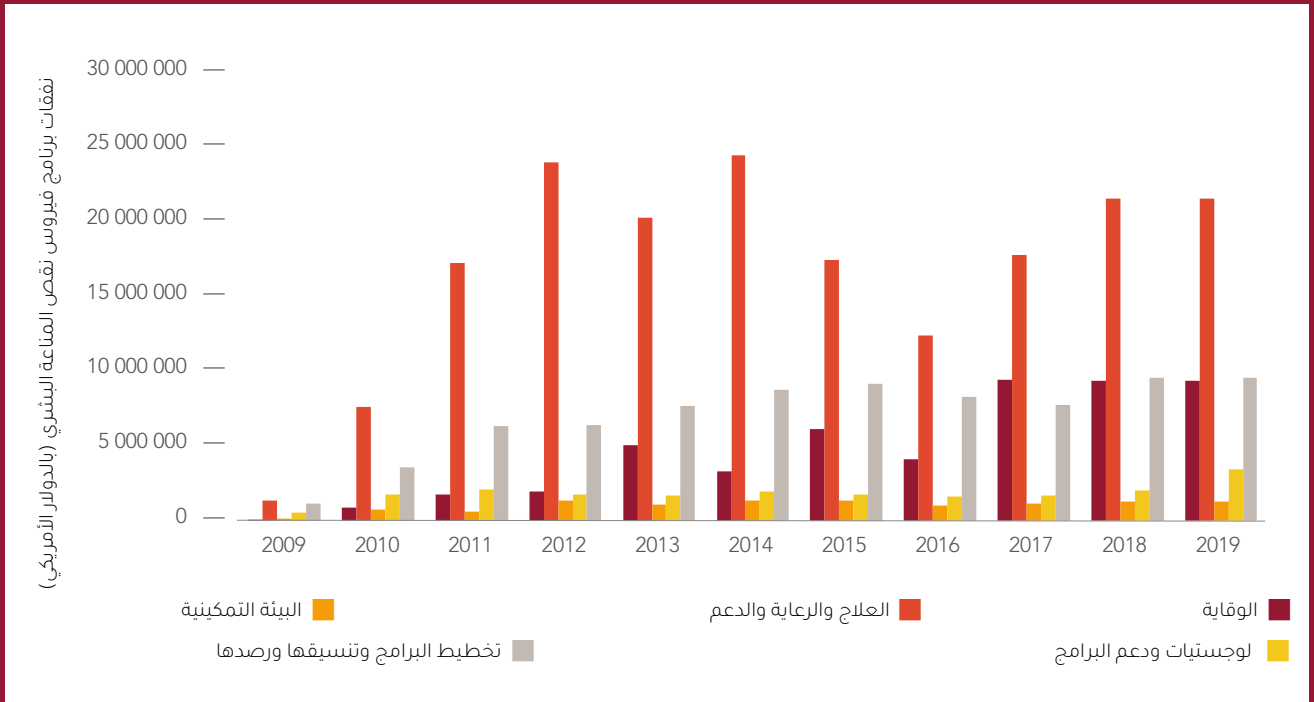
عدم التطابق بين الأطر الزمنية لقرارات تخصيص الميزانية ودورات التمويل، وتسمح بترحيل الأموال غير المستخدمة إلى السنة المالية التالية (4).

والأهم من ذلك أنها تكفل الشفافية والمساءلة بشأن استخدام موارد مكافحة فيروس نقص المناعة البشري. ويجري تدقيق الحسابات بصورة مستقلة وتتاح للجمهور على الموقع الإلكتروني الخاص بالمجلس الوطني للإيدز. وقد أكدت الحسابات التي تتم مراجعتها بصفة مستمرة أن أموال الضريبة تُستخدم للأغراض المقصودة (4). وتقول الخبيرة الاقتصادية الزيمبابوية رينيث مانو (9) "ربما تكون ضريبة الإيدز هي الضريبة الوحيدة على العمالة التي يمكن للعمال الذين قُرضت عليهم الضريبة الشعور بنتيجتها".

وتحمل ضريبة الإيدز دروسًا للبلدان التي تنظر في خيارات تمويل مماثلة. وينبع وضع الضريبة وطول عمرها من حقيقة أنها أنشئت قانونًا بموجب قانون صادر عن البرلمان. وعلى الرغم من القيود المالية الناجمة عن جائحة كوفيد-19 وغيرها من التحديات، فقد ظلت الحكومة ملتزمة بتمويل الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري محليًا. وبما أن الضريبة مدمجة في النظام الضريبي الوطني، فإنها تنطوي على الحد الأدنى من التكاليف الإدارية الإضافية: حيث تسترشد قرارات الصرف بعملية من القاعدة إلى القمة تشمل شبكات الإيدز المحلية. مع اتخاذ القرارات النهائية على المستوى الوطني.

وقد ساعدت الضريبة في حماية الخدمات الأساسية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري من اتجاهات التمويل المتقلبة، وتجاوزت العقبات السياسية في عملية الموازنة العامة. كما أنها تتجنب

الشكل 9.9 | نفقات البرامج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري الممولة من ضريبة الإيدز في زيمبابوي، حسب المجال البرنامجي، 2009-2019



المصدر: بيانات إيرادات ونفقات الصندوق الاستثماري الوطني للإيدز. هراري: المجلس الوطني للإيدز في زيمبابوي، 2021.

دراسة حالة

ضريبة الإيدز في زيمبابوي: طريقة مرنة لتمويل الاستجابة الوطنية لفيروس نقص المناعة البشري

فيروس نقص المناعة البشري: 50% من الأموال تذهب إلى برنامج العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في زيمبابوي، و10% إلى الوقاية، و6% إلى الرصد والتقييم والتنسيق، و5% لتهيئة بيئة تمكينية (الشكل 9.9) (5).

قابلة للتكيف وتتسم بالمرونة

وشهدت النكسات الاقتصادية انخفاضاً طفيفاً في المبالغ التي تم جمعها من خلال ضريبة الإيدز في منتصف عام 2010، وواجه الصندوق الاستثماري المزيد من الصعوبات عندما تم تحويله إلى العملة المحلية، حيث أدى خفض قيمة العملة إلى تقليص القدرة الشرائية للسلع المستوردة (مثل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، التي يتعين دفع ثمنها بالعملة الأجنبية). غير أن التكيف جعل من الضريبة آلية تمويل مرنة، وأعيد ترتيبها استراتيجياً لدعم زيادة الاستثمارات في الجمع بين وسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري والتعاقد الاجتماعي (6).

تلزم أحدث خطة استراتيجية وطنية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز في زيمبابوي 2021-2025 الحكومة بتعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة، مثل التعاقد الاجتماعي مع منظمات المجتمع المدني، باستخدام عائدات ضريبة الإيدز (7). كما يجري التفاوض مع المانحين بشأن ما يسمى بالمبادلة: وهذا من شأنه أن يؤدي إلى زيادة نسبة الأموال التي يتم جمعها من خلال الضريبة المستثمرة في برامج الوقاية، مع التركيز على المراهقات والشابات والمجموعات السكانية الرئيسية (8). وسيُطلب من الممولين الخارجيين (مثل الصندوق العالمي) أن تكون لهم حصة متزايدة من تمويل علاج فيروس نقص المناعة البشري (6).

في الوقت الذي تسعى فيه البلدان إلى إيجاد سبل لتمويل برامجها الخاصة بمكافحة فيروس نقص المناعة البشري بشكل مستدام، لا تزال ضريبة الإيدز في زيمبابوي تبرز باعتبارها واحدة من أنجح أدوات تمويل مكافحة الفيروس المحلية وأكثرها مرونة التي يستخدمها بلد منخفض الدخل أو ينتمي إلى الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط.

وتعد ضريبة مكافحة الإيدز التي تأسست بموجب تشريع وطني في عام 1999، أقدم صندوق استثماري لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري في أفريقيا. وقد ساهم هذا الحل المحلي في تقليل الاعتماد على التمويل المقدم من المانحين وتعزيز الملكية القطرية للبرنامج الوطني لفيروس نقص المناعة البشري. كما تمكنت زيمبابوي من استخدام الضريبة في الاستفادة من التمويل الدولي الآخر لنظامها الصحي العام (4).

وضريبة الإيدز هي رسوم إضافية بنسبة 3% على ضريبة الدخل للشركات والأشخاص (وقد تم استبعاد صناعة التعدين حتى عام 2015). ويدير المجلس الوطني للإيدز في زيمبابوي الأموال التي تُجمع من خلال ضريبة الإيدز، مسترشداً بخطة عمل وميزانية سنويتين وافق على إعدادهما وزير الصحة ورعاية الطفل (4).

وارتفعت الإيرادات تدريجياً في السنوات الأولى، على الرغم من عدم الاستقرار الاقتصادي والتضخم المفرط، واستمرت في الارتفاع على مدى العقد الماضي. وفي المتوسط، أدّرت ضريبة الإيدز ما يقرب من 35 مليون دولار سنوياً طوال العقد الماضي، مما ساهم بنسبة تصل إلى 15% من تكاليف الاستجابة الوطنية لفيروس نقص المناعة البشري (5).

وتُستخدم الإيرادات في المقام الأول لتمويل علاج

المراجع

1. Why it makes sense to get rid of user fees. Geneva: UNAIDS; 2020.
2. User fees and access to HIV/AIDS services in Cameroon. Geneva: UNAIDS; 2020.
3. Out of focus: how millions of people in West and Central Africa are being left out of the global HIV response. Geneva: Médecins sans Frontières; 2016.
4. Bhat N, Kilmarx PH, Dube F, Maneji A, Dube M, Magure T. Zimbabwe's national AIDS levy: a case study. Sahara J. 2016;13(1):1-7.
5. National AIDS Trust Fund income and expenditure statements. Harare: National AIDS Council of Zimbabwe; 2021.
6. Muniu S, Amendah D. The Global Fund programs in challenging monetary environment: example of Zimbabwe. Nairobi: aidspan; 2019 (<https://www.aidspan.org/sites/default/files/The-Global-Fund-programs-in-challenging-monetary-environment-Example-of-Zimbabwe.pdf>).
7. Zimbabwe National HIV and AIDS Strategic Plan IV (2021–2025). Harare: National AIDS Council of Zimbabwe; 2020.
8. Proposal to explain HIV prevention under National AIDS Council. Harare: National AIDS Council of Zimbabwe; 2021.
9. Karomo T, Kotze A. How to fund a failing health system. In: Bhekisisa Centre for Journalism [Internet]. 16 April 2017. Bhekisa – Centre for Health Journalism; c2021 (<https://bhekisisa.org/article/2017-04-06-00-how-to-fund-a-failing-health-system/>).



أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ ضمان حماية 95% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به، من الجوائح، بما في ذلك كوفيد-19.

■ استخدام نماذج مختلفة لتقديم خدمات الاختبار والعلاج، بما في ذلك الخدمات الرقمية التي يقودها المجتمع المحلي والخدمات المجتمعية التي تتغلب على التحديات مثل تلك التي خلقتها جائحة كوفيد-19، من خلال تقديم العلاج وخدمات الدعم ذات الصلة للأشخاص الذين هم في أمس الحاجة إليها أينما كانوا.

■ كفالة المشاركة المنهجية لاستجابات فيروس نقص المناعة البشري في الهياكل الأساسية والترتيبات المتعلقة بالاستجابة للوباء، والاستفادة من الخطط الاستراتيجية الوطنية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري والاسترشاد بها في العناصر الرئيسية للتخطيط للتأهب للوباء.

■ إعادة البناء بشكل أفضل وأكثر إنصافاً وشمولاً من جائحة كوفيد-19 وتأثيرها على جهود التصدي لوباء الإيدز، وبناء الصمود ضد الجوائح في المستقبل وغيرها من التحديات الصحية والتنمية العالمية.

الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

10

جائحة كوفيد-19 وفيروس نقص المناعة البشري

سلطت جائحة كوفيد-19 الضوء على خطوط الصدع في عالم غير متكافئ إلى حد كبير، وكشفت عن عدم كفاية الاستثمارات في الصحة العامة. ويبدو أن المتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري أكثر عرضة لخطر الإصابة بالأمراض والوفيات المرتبطة بكوفيد-19، وفي منتصف عام 2021، لم يتمكن معظمهم من الوصول إلى لقاحات كوفيد-19 (1، 2).

وأدت الاضطرابات المجتمعية الناجمة عن كوفيد-19 إلى تسريع اعتماد الابتكارات فيما يتعلق بتقديم خدمات فيروس نقص المناعة البشري، مثل الخدمات التي يقودها المجتمع المحلي وغيرها من أشكال تقديم الخدمات المتميزة، والاختبار الذاتي، وصرف ما يكفي من الأدوية لعدة أشهر، وخدمات التطبيب عن بُعد والمنصات الافتراضية للحصول على المعلومات والدعم وكثير منها يحمل فوائد ودروس للبرامج الصحية الأخرى.

كذلك أدت عمليات الإغلاق بسبب جائحة كوفيد-19 والقيود الأخرى إلى تعطيل إجراء اختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة البشري بشكل كبير، وفي العديد من البلدان، أدت إلى انخفاض حاد في تشخيص الإصابة بالفيروس والإحالات إلى خدمات الرعاية وبدء تلقي العلاج. وتمت إعادة توجيه المرافق الصحية (بما في ذلك العيادات التي تركز على فيروس نقص المناعة البشري) لاستيعاب تدفق مرضى كوفيد-19، وتم تعليق الخدمات المباشرة وجهاً لوجه، وتم تجنب التعامل مع العديد من الأشخاص أو لم يتمكنوا من الوصول إلى الرعاية الصحية. وأفاد الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا أنه وفقاً للبيانات التي تم جمعها من 502 مرفق صحي في 32 دولة أفريقية وآسيوية، انخفض معدل إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري بنسبة 41% وانخفضت الإحالات للتشخيص والعلاج بنسبة 37% خلال تدابير الإغلاق الأولى بسبب كوفيد-19 في عام 2020، مقارنة بالفترة نفسها من عام 2019 (3).

كما تم تقليص خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري، لا سيما تلك التي تنطوي على الاتصال المباشر. وتم تقليص برامج الوقاية من الانتقال الرأسي لفيروس نقص المناعة البشري في العديد من البلدان الأفريقية، وتم تعليق بعض برامج ختان الذكور الطبي الطوعي لمعظم عام 2020. وأدت التدابير الاحترازية الأخيرة إلى انخفاض حالات ختان الذكور الطبي بنسبة تزيد عن 30% في 15 دولة ذات أولوية في شرق وجنوب أفريقيا (انظر الفصل 1). كما توقف توفير العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى، بما في ذلك في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تراجعت الوصفات الطبية للعلاج الوقائي بنسبة 16% وانخفض عدد المستخدمين الجدد للعلاج الوقائي بنسبة 31% في مارس/ آذار ويونيو/حزيران 2020 عما كان متوقعاً (بناءً على الاتجاهات في 2017-2020) (4). وفي جنوب أفريقيا، انخفضت حالات بدء العلاج الوقائي الجديدة بنسبة 40% في مارس/آذار وأبريل/نيسان 2020 مقارنة بالأشهر السابقة، وفي البرازيل، تراجع صرف العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى بنسبة 53% في أبريل/نيسان 2020 (5، 6).

هاتفية ساخنة مجانية لإسداء المشورة للأشخاص بشأن مكان وكيفية الحصول على أدوية فيروس نقص المناعة البشري (16). وتحولت المنظمات المجتمعية الكينية، التي تعمل مع الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، إلى دعم الأقران افتراضياً باستخدام منصات التواصل الاجتماعي، مع الاستمرار في تقديم بعض الخدمات المباشرة عن طريق الاتصال الشخصي. وانخفضت تغطية الاختبار داخل هذه المجموعة السكانية الرئيسية في كينيا بشكل طفيف فقط خلال فترة الإغلاق الأولى ثم استمرت في الارتفاع حتى يوليو/تموز 2020 (17). وفي الفلبين، أدخلت خدمات التطبيب عن بُعد والعيادات المتنقلة وتوصيل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للمنازل، في حين ساعدت عمليات صرف الأدوية لعدة أشهر والاستشارات عبر الإنترنت على استبقاء الناس في الرعاية في كل من ميانمار وتايلاند (18، 19).

ومع ذلك، فإن تدابير التطبيب عن بُعد لها تأثير محدود في المناطق التي يتعذر فيها الوصول إلى الإنترنت أو الهواتف الذكية أو البث المباشر، كما هو الحال في المجتمعات المحلية الفقيرة في كيب تاون بجنوب أفريقيا (20). وعلى نحو مماثل، واجه واحد من كل ثلاثة مشاركين في دراسة استقصائية أجريت بين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري في بوينس آيرس، الأرجنتين، صعوبات في استخدام الخدمات الصحية عن بُعد أو الخدمات الطبية القائمة على الإنترنت (21). ففي ولاية فلوريدا الأمريكية، وجد الباحثون أن الأشخاص الأكثر استفادة من نهج الرعاية الصحية عن بُعد كانوا أقل أرجحية من حيث فرص الوصول إلى خدمات النطاق العريض أو القدرة على تحمل تكاليف التكنولوجيا اللازمة (22).

ثمة فرصة أمام البلدان لتعزيز عمليات التكيف التي ساعدت في استمرار تقديم الخدمات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري خلال جائحة كوفيد-19 والبناء عليها. ويطالب الإعلان السياسي للأمم المتحدة لعام 2021 بشأن الإيدز بأن تقوم البلدان بشكل منهجي بإدراج تدابير التصدي لفيروس نقص المناعة البشري في البنية التحتية والترتيبات الخاصة بالاستجابة للجوائح، والاستفادة من الخطط الاستراتيجية الوطنية لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري في توجيه التخطيط للتأهب للجائحة، وضمان حماية 95% من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به من الجوائح، بما في ذلك كوفيد-19. كما يدعو البلدان إلى الاستفادة من المرونة والابتكار اللذين ظهرتا في النظم الصحية المجتمعية خلال جائحة كوفيد-19 في توصيل خدمات فيروس نقص المناعة البشري الأساسية وغيرها من خدمات الرعاية الصحية إلى المجتمعات المتضررة.

ويتم التخفيف من حدة تعطيل
خدمات فيروس نقص المناعة
البشري بسبب جائحة كوفيد-19،
عن طريق صرف الأدوية المضادة
للفيروسات القهقرية لعدة أشهر
وتقديم خدمات متميزة تشمل
الخيارات التي يقودها المجتمع المحلي
وتدابير الرعاية الصحية عن بُعد.



وقد وضعت جائحة كوفيد-19 ضغوطًا غير مسبقة على سلاسل الإمداد الغذائي، حيث باتت الزيادات الناتجة في انعدام الأمن الغذائي تهدد الفئات الأكثر عرضة لخطر الإصابة، بما في ذلك المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري (7، 8). كما أدت جائحة كوفيد-19 إلى حدوث خسائر غير مسبقة في الوظائف والدخول، ويعد العاملون في الاقتصاد غير الرسمي معرضين لذلك الخطر بشكل خاص (9). وتشير الدراسات الاستقصائية إلى أن المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري يواجهون مستويات عالية من التمييز في مجال العمل وترتفع بينهم معدلات البطالة، مع وجود نسبة كبيرة من العاملين في الاقتصاد غير الرسمي. ويلزم اتخاذ التدابير اللازمة لحماية جميع العمال الذين يعيشون في أوضاع هشّة، ويجب أن تشمل هذه التدابير المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري (10).

حلول مبتكرة

ساعدت توليفة من المرونة والتكيف السريع-بما في ذلك الاستخدام الموسع للخدمات المتميزة والتي يقودها المجتمع-العديد من برامج فيروس نقص المناعة البشري على الانتعاش والنهوض بشكل سريع بعد عمليات الإغلاق الأولية التي فرضتها جائحة كوفيد-19 في أوائل ومنتصف عام 2020 (11).

إن صرف ما يكفي لعدة أشهر من مضادات الفيروسات القهقرية والأدوية الأساسية الأخرى، وهو نهج أوصت به منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز منذ عام 2016، قد تم اعتماده على نطاق أوسع وبنجاح، وغالبًا إلى جانب أشكال أخرى من تقديم الخدمات المتميزة (انظر دراسة حالة أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي) (12). فعلى سبيل المثال، وزعت ناميبيا بشكل سريع إمدادات تتراوح بين أربعة وستة أشهر من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية على 97% من 172,000 شخص يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في ذلك البلد (13). وقد تم الحفاظ على استدامة إمدادات الأدوية بين المرضى من خلال إنشاء مواقع استلام مجتمعية، باستخدام الشاحنات المتنقلة وخدمات التوصيل إلى المنازل، وتعزيز مجموعات الالتزام المجتمعية.

وفي العاصمة الأوغندية، كمبالا، تخلف أكثر من نصف 191,000 شخص يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في المدينة عن زيارتهم المقررة في بداية الإغلاق الأول للبلاد. واعتبارًا من نيسان/أبريل 2020 وما بعده، اعتمد مقدمو الخدمات إعادة التعبئة لعدة شهور، واتخذوا ترتيبات بديلة لتسليم مضادات الفيروسات القهقرية، بما في ذلك التوصيل للمنازل من قبل الأقارب والاستلام في المواقع المجتمعية. ونتيجة لذلك، حصل كل شخص تقريبًا على عبوات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية التي يحتاجها خلال الفترة من أبريل/نيسان إلى يونيو/حزيران 2020 (14).

وقد أحدثت هذه الأنواع من التعديلات فارقًا كبيرًا. وعادت خدمات اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري في أكثر من 1000 مرفق صحي ممولة من خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز في 11 بلدًا في أفريقيا جنوب الصحراء بشكل كبير بحلول يونيو/حزيران 2020. وبشكل ملحوظ، بدت الاتجاهات متشابهة بالنسبة للنساء والرجال (15). وفي النصف الثاني من عام 2020، كان نحو 80% من الأشخاص الذين يتلقون علاج فيروس نقص المناعة البشري في تلك المرافق يحصلون على ما يكفيهم من الدواء لمدة ثلاثة أشهر على الأقل في وقت واحد، مقابل 51% في نهاية عام 2019 (15).¹

تدابير الرعاية الصحية عن بُعد

يجري استخدام خدمات الرعاية الصحية عن بُعد والاستشارات عبر الإنترنت لاستدامة الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري. ففي أوغندا، تم إنشاء خطوط

¹ كان ثلثا المرافق في ثلاثة بلدان هي: جمهورية الكونغو الديمقراطية وزامبيا وكوت ديفوار. وكانت البلدان الأخرى في الدراسة هي أنغولا وبوروندي والكاميرون وإسواتيني وإثيوبيا وكينيا وموزامبيق وجنوب السودان

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

تشير البيانات
القُطرية التي أبلغ
بها برنامج الأمم
المتحدة المشترك
المعني بالإيدز إلى
أن اختبار فيروس
نقص المناعة
البشري والإحالات
إلى العلاج تأثرت
بشدة بجائحة
كوفيد-19 خلال عام
2020.

كوفيد-19 يبطئ تشخيص فيروس نقص المناعة البشري وبدء علاجه

تأثرت اختبارات فيروس نقص المناعة البشري والإحالات إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بشدة بجائحة كوفيد-19 خلال عام 2020. ففي مقاطعة كوازولو ناتال في جنوب أفريقيا، على سبيل المثال، تشير البيانات الواردة من 65 عيادة رعاية أولية إلى حدوث انخفاض بنسبة 48% في اختبار فيروس نقص المناعة البشري بعد فرض الإغلاق الأول على الصعيد الوطني في أبريل/نيسان 2020. كما انخفض عدد التشخيصات الجديدة للفيروس وحدث تراجع ملحوظ في بدء العلاج (34). وقد حدث ذلك عندما تم تحويل 28,000 من العاملين في مجال الرعاية الصحية المجتمعية لفيروس نقص المناعة البشري من اختبار فيروس نقص المناعة البشري إلى فحص أعراض كوفيد-19.

وقد شوهدت اتجاهات مماثلة في جميع أنحاء العالم: حيث تم الإبلاغ عن انخفاض معدلات الخضوع للاختبارات في ميانمار، بينما في العاصمة الفلبينية مانيلا انخفضت معدلات اختبار فيروس نقص المناعة البشري بنسبة 61% في عام 2020 مقارنة بعام 2019، وانخفض التسجيل في الرعاية الصحية لفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 28% (18، 35). وفي البرازيل، كان عدد الأشخاص الذين بدأوا العلاج في أبريل/نيسان 2020 أقل بنسبة 29% مقارنة بالعام السابق (5). وفي الهند، تشير البيانات التي تم جمعها من 16 مدينة إلى أن عدد الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن والرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال الذين استخدموا خدمات الرعاية المتكاملة في مايو/أيار ويوليو/تموز 2020 كان أقل من المستويات المعتادة بنسبة 25-35% (36). وانخفض معدل إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري وغيره من الأمراض المنقولة جنسياً بنسبة 90% تقريباً في الشهر الأول من الإغلاق الأول في الهند، ولم يتحسن إلا قليلاً في الأشهر اللاحقة. وكانت فرص الوصول إلى الخدمات أقل بالنسبة للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن (36).

وتشير البيانات التي جمعها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إلى أن تلك الاتجاهات كانت واسعة الانتشار (الشكل 10.2). وشهد كل بلد من البلدان الـ 22 التي تتوفر لديها بيانات انخفاضاً في عدد الأشخاص الذين بدأوا العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في مارس/آذار أو أبريل/نيسان 2020. وتعد كينيا ولسوتو وجنوب أفريقيا وزمبابوي من بين البلدان التي ظل فيها عدد الأشخاص الذين بدأوا العلاج دون مستويات يناير/كانون الثاني 2020 لمعظم العام. وعلى النقيض من ذلك، كان التراجع قصير الأجل في الكاميرون ونيجيريا، حيث أعقبته زيادات كبيرة في بدء العلاج في منتصف 2020. وشوهد هذا النمط أيضاً بدرجة أقل في جمهورية الدومينيكان، ورواندا، وتوغو.



الصورة: برنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بالإيدز

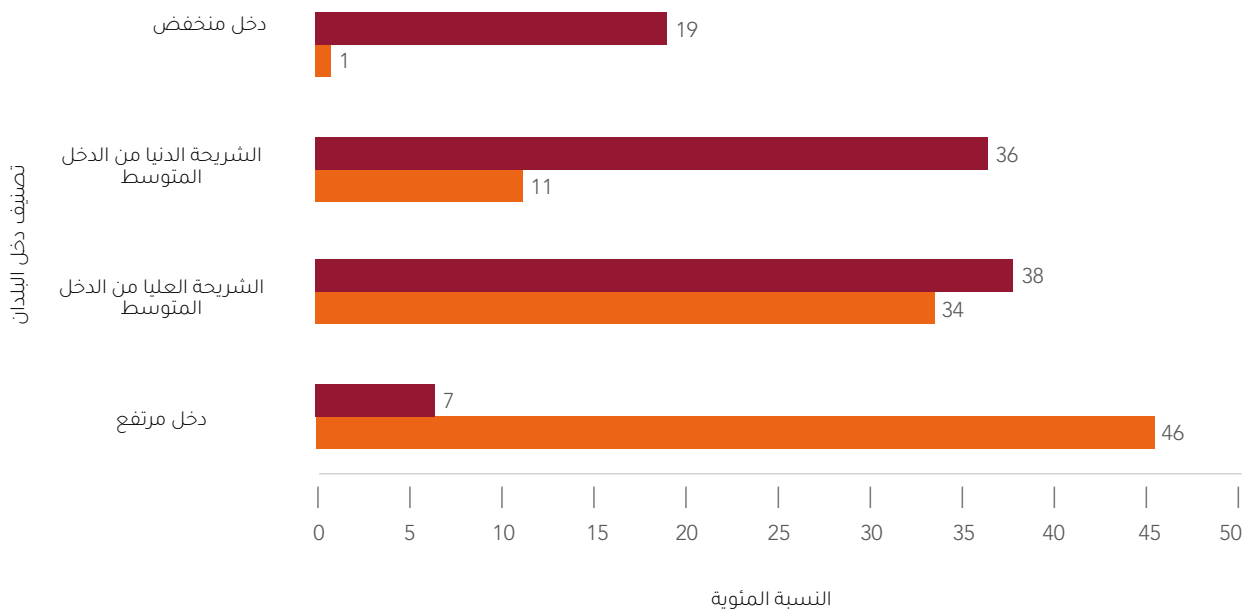
بيانات فيروس نقص المناعة البشري

المتعاشيون مع فيروس نقص المناعة البشري هم الأكثر عرضة لخطر الإصابة بكوفيد-19

تشير مجموعة متزايدة من الأدلة إلى أن المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يصابون بفيروس كورونا المُتسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة-2 (فيروس كورونا-سارس-2) معرضون بشكل متزايد لتلقي العلاج بالمستشفى وأن تكون نتائجهم السريرية ضعيفة (2, 1). وتشير بيانات واردة من الولايات المتحدة إلى أن المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين أصيبوا بفيروس كورونا-سارس-2 كانوا أكثر عرضة لدخول المستشفى والمعاينة من اعتلالات وخيمة بشكل أكبر من الأشخاص غير المصابين بفيروس نقص المناعة البشري. في حين وجدت دراسات من إنجلترا وجنوب إفريقيا أن خطر الوفاة بسبب كوفيد-19 بين المتعاشين مع الفيروس نقص المناعة البشري كان أكثر بمقدار الضعف بين عموم السكان (23-26). ويبدو أن مرض فيروس نقص المناعة البشري المتقدم وأو وجود أمراض مصاحبة مزمنة والتي تميل إلى أن تكون شائعة بين المتعاشين مع الفيروس-ترتبط ارتباطًا قويًا بسوء النتائج السريرية الخاصة بكوفيد-19 لدى المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري (27-33).

وفي الوقت ذاته، لا يزال الوصول إلى لقاحات كوفيد-19 في جميع أنحاء العالم غير متكافئ وغير عادل إلى حد كبير. ففي منتصف عام 2021، كانت اللقاحات لا تزال شبه معدومة في البلدان ذات الدخل المنخفض والبلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى التي تضم أكثر من نصف (55%) من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري على مستوى العالم (الشكل 10.1).

الشكل 10.1 | توزيع السكان المشمولين بجرعة واحدة على الأقل من لقاح كوفيد-19 (اعتبارًا من 29 يونيو/حزيران 2021)، مقارنة بتوزيع المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري (جميع الأعمار)، حسب تصنيف دخل البلدان، 2020



■ النسبة المئوية لسكان العالم المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري (جميع الأعمار)

■ النسبة المئوية للأشخاص الذين تلقوا جرعة واحدة على الأقل من لقاح كوفيد-19

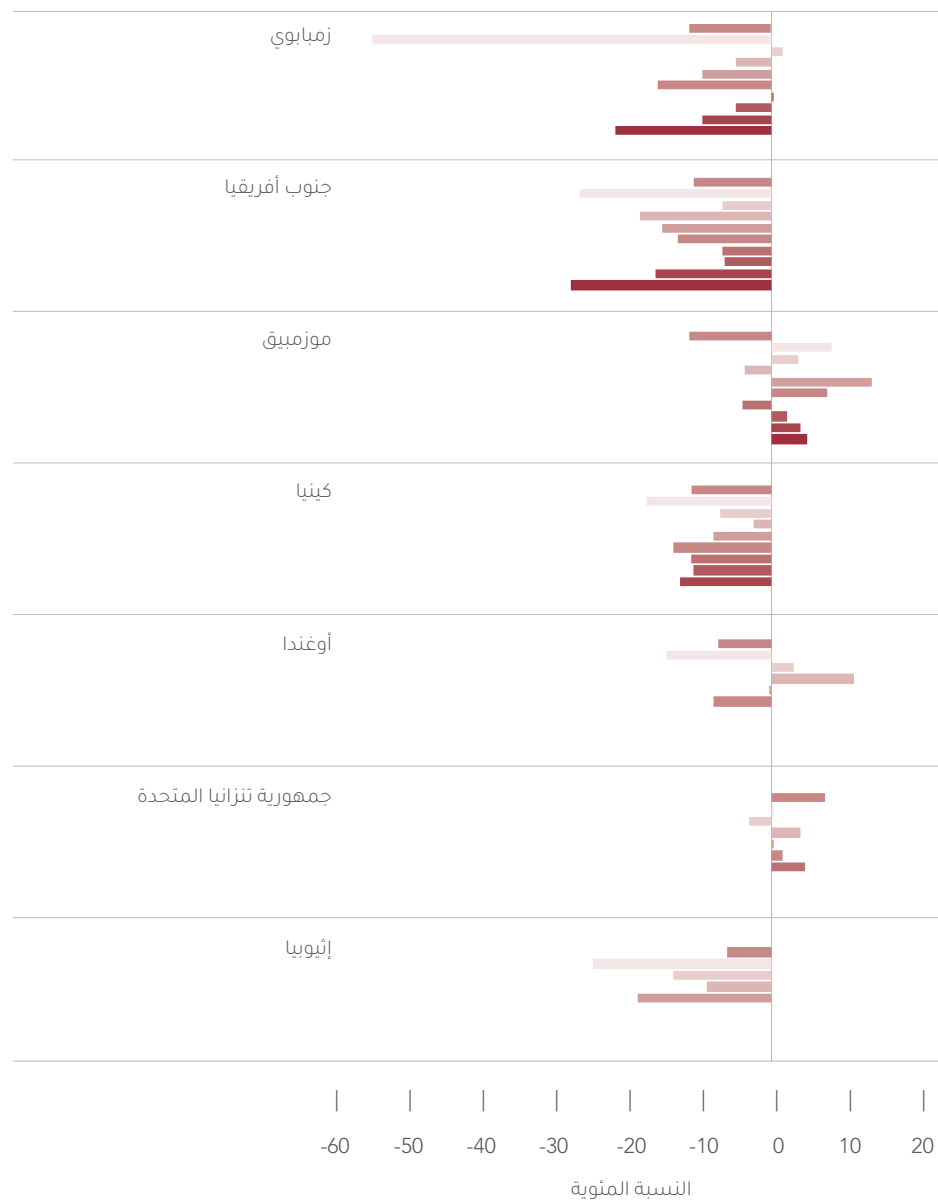
المصادر: تطعيمات فيروس كورونا (كوفيد-19)، في: عالمنا في بيانات [الإنترنت]. 29 يونيو/حزيران 2021. <https://ourworldindata.org/covid-2021>.
 (vaccinations): تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021. (<https://aidsinfo.unaids.org>).
 ملاحظات: تصنيفات البلدان 2020-2021 حسب مستوى الدخل، محسوب من قبل البنك الدولي. تغطية اللقاح المشار إليها قد لا تساوي الحصة التي تم تحصينها بالكامل إذا كان اللقاح يتطلب جرعتين.

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

اختبارات فيروس نقص المناعة البشري للنساء الحوامل تعود إلى معدلاتها بشكل سريع

تعطلت خدمات الرعاية السابقة للولادة بسبب جائحة كوفيد-19، لكنها أثبتت أنها مرنة بشكل لافت للنظر. وتشير البيانات الواردة من عدة بلدان في شرق وجنوب أفريقيا إلى أن عدد الحوامل اللاتي خضعن لاختبار الكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري انخفض بنسبة 15% على الأقل بين يناير/كانون الثاني ومارس/آذار 2020، ولكن بحلول أغسطس/آب 2020، تعافت مستويات الاختبار في جميع البلدان باستثناء واحدة (الشكل 10.3).

الشكل 10.3 | التغير في عدد الحوامل اللاتي تم اختبارهن للكشف عن فيروس نقص المناعة البشري في الرعاية السابقة للولادة، شهريا مقارنة بخط الأساس، بلدان مختارة ذات أعباء عالية لفيروس نقص المناعة البشري، 2020



المصدر: أداة تتبع خدمات فيروس نقص المناعة البشري المشتركة بين برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز/منظمة الصحة العالمية/اليونيسيف، يونيو/حزيران 2021.

ملحوظة: خط الأساس هو متوسط تقريبي يناير/كانون الثاني وفبراير/شباط 2020.

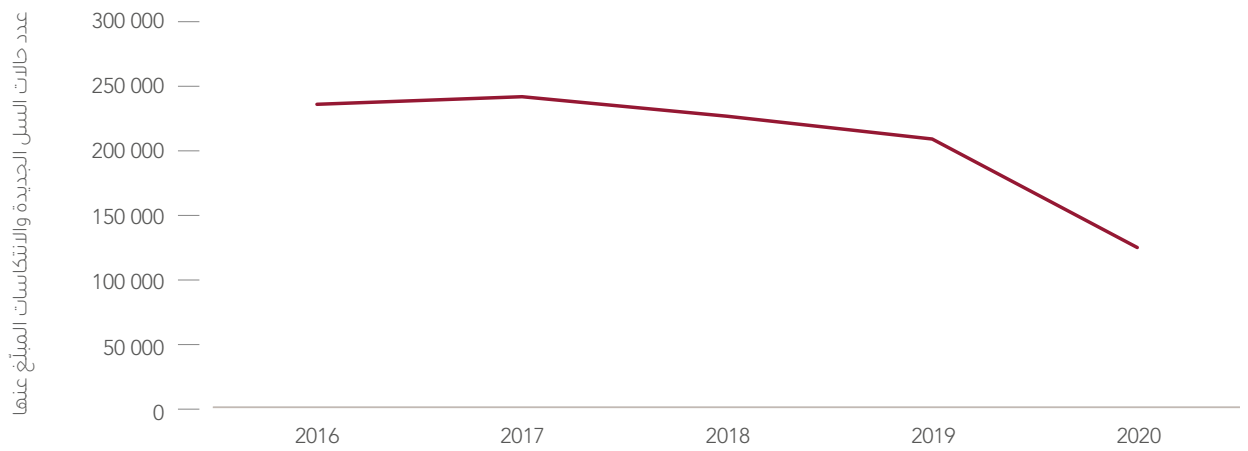
الشكل 10.2 | التغير في عدد الأشخاص الذين بدأوا حديثاً العلاج المضاد للفيروسات القهقرية شهرياً، مقارنة بخط الأساس، بلدان مختارة، 2020



المصدر: أداة تتبع خدمات فيروس نقص المناعة البشرية المشتركة بين برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز/منظمة الصحة العالمية/اليونيسيف، يونيو/حزيران 2021.

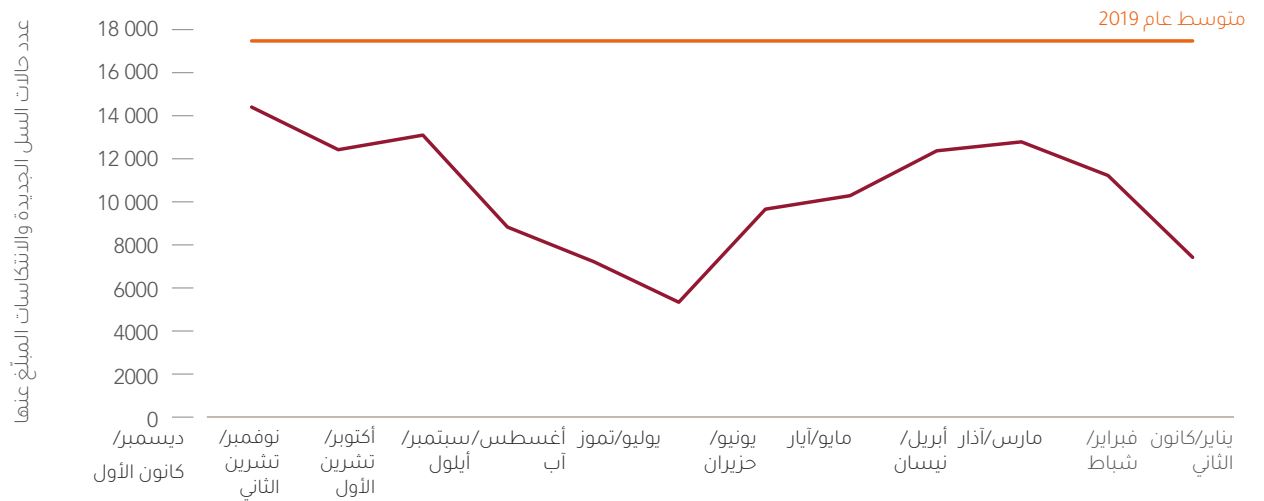
ملحوظة: خط الأساس هو متوسط تقرير ي يناير/كانون الثاني وفبراير/شباط 2020. معايير الإدراج: ستة أشهر على الأقل من البيانات المتتالية منذ شهر يناير/كانون الثاني 2020. ونسبة 50% على الأقل من تقارير المرافق الصحية. وبدء 50 شخصاً على الأقل حديثاً في تلقي العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في يناير/كانون الثاني 2020.

الشكل 10.5 | عدد حالات السل الجديدة والانتكاسات المبلغ عنها سنوياً، جنوب أفريقيا، 2016-2020



المصدر: بيانات منظمة الصحة العالمية في يونيو/حزيران 2021 (متوفرة من https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_pronto)

الشكل 10.6 | العدد المؤقت المبلغ عنه لحالات السل الجديدة والانتكاسات شهرياً، جنوب أفريقيا، 2020، ومتوسط عام 2019



المصدر: بيانات منظمة الصحة العالمية في يونيو/حزيران 2021 (متوفرة من https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_pronto)



بيانات فيروس نقص المناعة البشري

تعطل خدمة السل يهدد عقدًا من التقدم

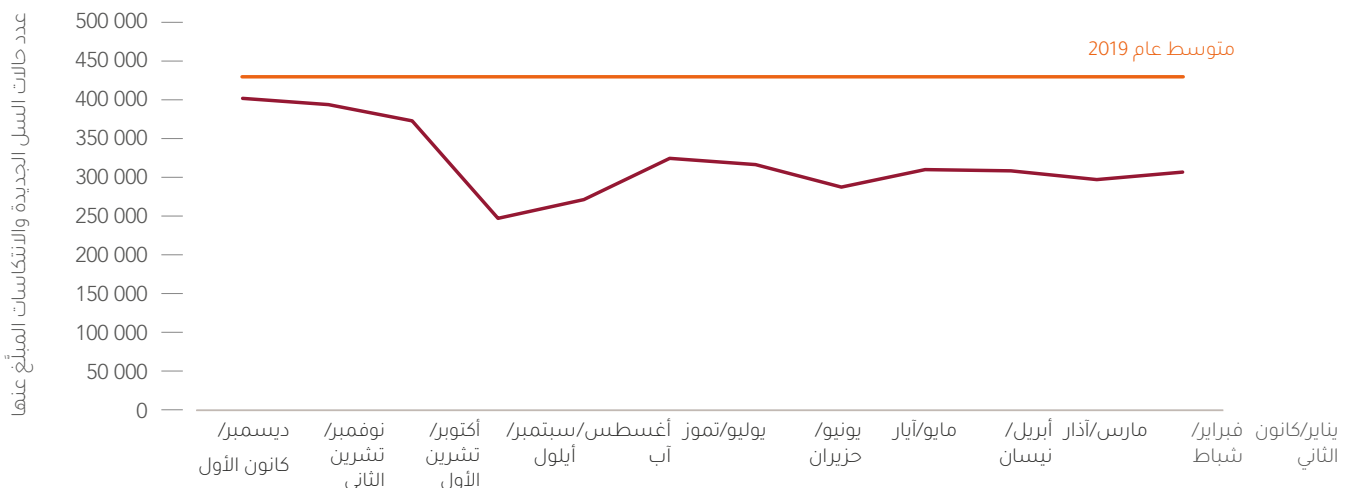
كان للسياسات المعتمدة على نطاق واسع لمكافحة جائحة كوفيد-19 تأثيرٌ شديد على خدمات السل الأساسية في عام 2020، مما يهدد بمحو عقدٍ من التقدم نحو الحد من الوفيات المرتبطة بالسل. وتشير البيانات المؤقتة التي جمعتها منظمة الصحة العالمية من 84 بلدًا إلى أن ما يقدر بنحو 1,4 مليون شخص قد تلقوا الرعاية لمرض السل في عام 2020 مقارنة بعام 2019 وهو انخفاض بنسبة 21% (الشكل 10.4)². وكانت أوجه القصور أكبر في البلدان التي تعاني من ارتفاع أعباء السل بها: 42% في إندونيسيا، و37% في الفلبين و25% في الهند. وبلغت نسبة التراجع 41% في جنوب أفريقيا، البلد الذي يعاني من أعلى عبء للسل المرتبط بفيروس نقص المناعة البشري في العالم (الشكل 10.5).

ورجع عدد الأشخاص الذين يتلقون الرعاية لمرض السل في جنوب أفريقيا في النصف الثاني من عام 2020 لمعدلاته قبل أن ينخفض بشكل حاد عندما أعيد فرض قيود على الحركة بسبب جائحة كوفيد-19 في نهاية عام 2020 (الشكل 10.6) (37).

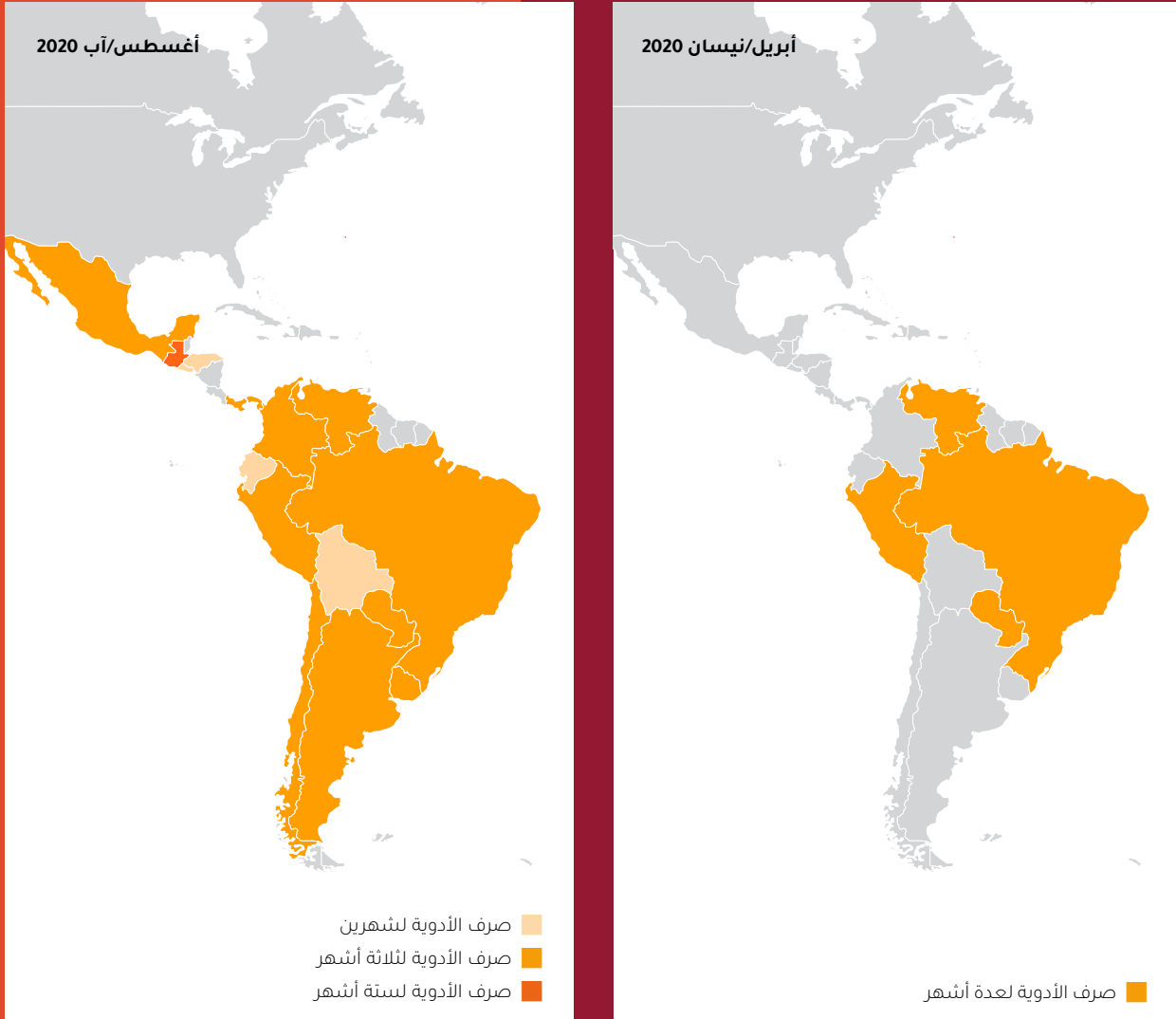
وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن التعطل المرتبط بجائحة كوفيد-19 يمكن أن يتسبب في وفاة 500,000 شخص آخرين من السل، مما يعود بالعالم إلى مستوى وفيات السل المبلغ عنها في عام 2010. ويمكن تجنب هذه النتيجة إذا تم تطبيق تدابير فعالة للوقاية من العدوى ومكافحتها، وإذا تمت حماية صحة وسلامة العاملين الصحيين والموظفين والمرضى. ويجب زيادة الاختبارات المتزامنة لمرض السل وكوفيد-19 على أساس التعرض للعدوى أو وجود عوامل خطر، ويجب أن تكون خدمات الوقاية والرعاية التي تركز على الناس هي القاعدة. ومن شأن تعزيز المشاركة المجتمعية وتضافر الجهود الرامية إلى لحد من الوصم والتمييز أن يساهم في سد الثغرات القائمة في الرعاية الصحية (37).

² تمثل الـ 84 بلدًا 84% من معدل الإصابة بالسل العالمي المقدّر في عام 2019.

الشكل 10.4 | عدد حالات السل الجديدة والانتكاسات المبلغ عنها مؤقتًا شهريًا، البلدان المبلغ عنها، 2020، متوسط عام 2019



الشكل 10.7 | توسيع نطاق صرف العلاج المضاد للفيروسات
القهقرية لعدة أشهر، أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر
الكاربيبي، أبريل/نيسان وأغسطس/آب 2020



المصدر: تحليل صرف العلاج المضاد للفيروسات
القهقرية لعدة أشهر، والتوزيع المجتمعي والوقاية
قبل التعرض للعدوى في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر
الكاربيبي خلال جائحة كوفيد-19. برنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بالإيدز، المكتب الإقليمي لأمريكا
اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي: 2020.

دراسة حالة

استمرار علاج ورعاية فيروس نقص المناعة البشرية أثناء جائحة كوفيد-19 في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

تعود عمليات الإغلاق وحظر التجول والقيود الاقتصادية والعزلة الاجتماعية المرتبطة بجائحة كوفيد-19 بتأثير سلبي غير متناسب على المجموعات السكانية الضعيفة، منهم 2,4 مليون من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

مع انتشار جائحة كوفيد-19 في أوائل عام 2020، ظهرت أدلة على تعطل خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وأظهر مسح إلكتروني حول تعطل الخدمة أن ما يقرب من نصف الأشخاص الذين يعالجون من فيروس نقص المناعة البشرية يواجهون صعوبات في الحصول على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية (38).³ وأظهرت أبحاث أخرى أن اختبار فيروس نقص المناعة البشرية قد تأثر هو الآخر (39).

ولتقليل الانقطاعات في العلاج إلى أدنى حد، قام برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية ومنظمة الصحة العالمية بالترويج بقوة لصرف وتوزيع الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعدة أشهر، وفقاً للتوصيات الحالية بشأن تقديم الخدمات المتميزة.

تدعو المبادئ الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية إلى تقليل عدد الزيارات السريرية (كل ثلاثة إلى ستة أشهر) للمرضى المستقرين الذين يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية وصرف الأدوية لعدة أشهر (40)؛ مما يقلل من احتمالات التعرض لكوفيد-19 أثناء تلقي الأفراد الرعاية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية ويخفف الضغط على النظم الصحية (40). وأظهرت الدراسات أن صرف ما يكفي من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لمدة ستة أشهر هو على نفس القدر من الموثوقية والفعالية بالنسبة لرعاية فيروس نقص المناعة البشرية مثل صرف الأدوية لفترات أقصر، وأنه يمكن أن يوفر التكاليف لمقدمي الرعاية الصحية والمرضى على حدٍ سواء (41، 42).

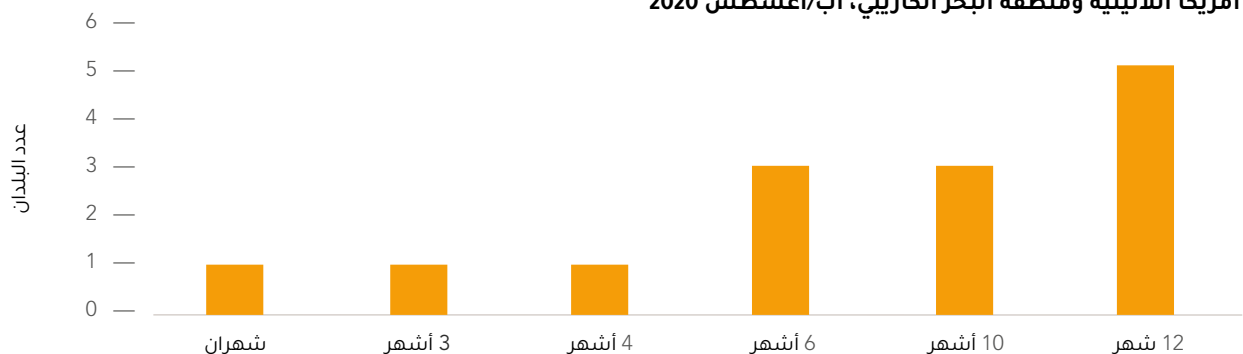
³ في المجمل، تم استكمال 2300 دراسة استقصائية بالكامل وتم تلقي ردود من 28 دولة.

الجدول 10.1 | التقدم المحرز نحو صرف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعدة أشهر وتوزيعها من خلال المجتمعات المحلية في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

البلد	1. هل لديها سياسة للصرف لعدة أشهر؟	2. معدل الصرف في ضوء سياسة الصرف لعدة أشهر	3. هل سياسة الصرف لعدة أشهر نتيجة لكوفيد-19؟	4. هل يتم تنفيذ الاستراتيجية على نطاق واسع؟	5. هل توجد لوائح لتوزيع مضادات الفيروسات القهقرية من خلال المجتمع المحلي؟	6. هل توجد لوائح مطابقة بشأن توزيع مضادات الفيروسات القهقرية من خلال المجتمع المحلي؟
الأرجنتين	نعم	3 أشهر	نعم	لا	لا	لا
بليز	نعم	شهران	نعم	لا	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
بوليفيا	نعم	شهران	نعم	نعم	لا	لا
البرازيل	نعم	3 أشهر	لا	نعم	لا	لا
تشيلي	نعم	3 أشهر	نعم	نعم	لا	لا
كولومبيا	نعم	3 أشهر	نعم	لا توجد بيانات	لا	لا
كوستاريكا	لا	شهر واحد	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
كوبا	نعم	شهران	لا	نعم	نعم	نعم
جمهورية الدومينيكان	نعم	6 أشهر	نعم	نعم	نعم	لا
الإكوادور	نعم	شهران	نعم	نعم	لا	لا
السلفادور	نعم	شهران	نعم	نعم	نعم	لا
غواتيمالا	نعم	3-6 أشهر	نعم	نعم	نعم	جزئيًا
غويانا	نعم	شهران	لا	لا	لا	لا
هايتي	نعم	3 أشهر	لا	نعم	نعم	نعم
هندوراس	نعم	شهران	نعم	لا	لا	لا
جامايكا	لا	شهر واحد	لا توجد بيانات	لا	لا	لا
المكسيك	نعم	3 أشهر	نعم	لا	لا	لا
نيكاراغوا	لا	شهر واحد	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات	لا توجد بيانات
بنما	نعم	3 أشهر	نعم	نعم	لا	لا
براغواي	نعم	3 أشهر	لا	نعم	نعم	لا
بيرو	نعم	3 أشهر	لا	نعم	لا	لا
سورينام	نعم	شهران	لا	لا	لا	لا
أوروغواي	نعم	3 أشهر	نعم	نعم	لا	لا
فنزويلا	نعم	3 أشهر	لا	لا	لا	لا

المصدر: بيانات من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية/ منظمة الصحة العالمية (حالة خدمات فيروس نقص المناعة البشري/ الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي في سياق مسح كوفيد-19).
ملحوظة: MMD = الصرف لعدة أشهر؛ ARV = الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية.

الشكل 10.8 | الأشهر التي يغطيها مخزون الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية المتاحة على الصعيد الوطني، 14 بلدًا في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، آب/أغسطس 2020



المصدر: بيانات من مسح خدمات منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/ منظمة الصحة العالمية، الذي أجري في أغسطس/آب 2020.
ملحوظة: من بين البلدان الـ 24 المدرجة في الدراسة، قدم 14 بلدًا بيانات عن أشهر المخزون المتاحة.

وكانت التهديدات الأكثر تكرارًا لسلسلة الإمدادات هي إغلاق مختبرات الأدوية، ووقف الواردات والصادرات، وإلغاء الرحلات الجوية التجارية وغيرها من وسائل النقل، وتضخم تكاليف النقل بشكل عام.

وقام الصندوق الاستراتيجي لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية، وهو آلية تقنية إقليمية للشراء الجماعي للأدوية الأساسية واللوازم الصحية الاستراتيجية، برصد قوائم الجرد الإقليمية، وتحديد البلدان والأدوية المعرضة لنفاذ المخزونات، والتوسط من أجل الحصول على المخزونات فيما بين البلدان، وأوصى باعتماد نظم بديلة.

وكان للتضامن الدولي أيضا دور هام: فقد تلقت ستة من البلدان السبعة التي تواجه خطرًا وشيكًا بنفاذ مخزونات مصادات الفيروسات القهقرية (دولة بوليفيا متعددة القوميات، وبنما، وجامايكا، وجمهورية الدومينيكان، والسلفادور، وغواتيمالا) قروضًا أو تبادلًا للإمدادات. وخلال عام 2020، تفاوضت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية على اتفاقات طويلة الأجل مع الموردين لمساعدة 21 بلدًا في المنطقة على الحصول على مصادات الفيروسات القهقرية.

وبحلول أغسطس/آب 2020، كانت الإمدادات المضادة للفيروسات القهقرية مؤقتة بشكل أكبر مما كانت عليه قبل الجائحة. ولم يشهد أي بلد نفاذًا لمخزونها على الصعيد الوطني، ولم يكن هناك سوى ثلاثة من البلدان الـ 14 التي شملتها الدراسة الاستقصائية لديها مخزون يكفي لأربعة أشهر أو أقل من مصادات الفيروسات القهقرية (الشكل 10.8).

وبالإضافة إلى ذلك، قام عدد قليل من البلدان في المنطقة بتخفيض خدمات الرعاية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري خلال جائحة كوفيد-19: من بين 19 بلدًا شملتها الدراسة، أبقى 14 بلدًا على تشغيل جميع مرافق الرعاية الخاصة بها، وخفضت الخدمات في خمسة فقط منها بنسبة 25% أو أكثر. ولم يبلغ أي بلد عن حدوث توقف فعلي في إمدادات مصادات الفيروسات القهقرية (46).

وقد ساهمت أنشطة الدعوة والمساعدة التقنية التي قدمها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية، بما في ذلك المبادئ التوجيهية التي نُشرت في يوليو/تموز 2020، في تيسير حدوث تحول سريع في سياسات صرف الأدوية في المنطقة (43). ففي مارس/آذار 2020، سمحت ثمانية بلدان فقط في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي بتوزيع ما يصل إلى ما يكفي لثلاثة أشهر من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للأفراد. وبعد خمسة أشهر، قدم 13 بلدًا آخر وصفات طبية للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لمدة شهرين إلى ستة أشهر (الشكل 10.7) (44)⁵ وتشير البيانات التي جمعها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إلى أن نسبة الأشخاص في المنطقة الذين لديهم ما يكفي لأكثر من شهرين من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية تضاعفت من 3 من كل 10 إلى 6 من كل 10 في الفترة بين أبريل/نيسان وأغسطس/آب 2020.

كما تم توسيع نطاق التوزيع المجتمعي للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، وفي حين تطبق سبعة بلدان فقط سياسات للتوزيع المجتمعي، فقد استعانت ثلاثة بلدان أخرى بمنظمات مجتمعية لتوفير خدمات توصيل الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية إلى المنازل، بما في ذلك جمهورية الدومينيكان ودولة بوليفيا متعددة القوميات (في بعض المناطق الريفية). وتم إنشاء نقاط مجتمعية للاستلام في ولايتين في البرازيل.

ويشكل نفاذ مخزونات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية خطرًا في بعض البلدان. ففي الأشهر الأولى من جائحة كوفيد-19، وجدت دراسة بحثية أجرتها منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/منظمة الصحة العالمية أن أكثر من ثلث البلدان الـ 19 التي شملتها الدراسة كانت معرضة لخطر نفاذ مخزونات مصادات الفيروسات القهقرية من الخط الأول للبالغين؛ فيما تعرّض الثلثان إلى خطر نفاذ مخزونات مصادات الفيروسات القهقرية من الخط الثاني للبالغين (كان لدى 13 بلدًا مخزون يكفي لشهر إلى ستة أشهر) (45). وكان المخزون محدودًا في أربعة عشر بلدًا، بينما عانت 10 بلدان من نفاذ مخزونات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للأطفال بالكامل (45).

⁴ أدنت الجمهورية الدومينيكية وغواتيمالا بصرف الأدوية لمدة تصل إلى ستة أشهر في حين سمحت البلدان الأخرى بذلك لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر.
⁵ بحثت الدراسة التي أجراها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز الوضع في 24 بلدًا هي: الأرجنتين، وإكوادور، وأوروغواي، وباراغواي، والبرازيل، وبليز، وبنما، وبوليفيا، وبيرو، وجامايكا، وجمهورية الدومينيكان، وجمهورية فنزويلا البوليفارية، والسلفادور، وسورينام، وتشيلي، وغواتيمالا، وغويانا، وكوبا، وكوستاريكا، وكولومبيا، والمكسيك، ونيكاراغوا، وهائتي، وهندوراس. وتم جمع البيانات من: استقصاءات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، الموقع الشبكي لتتبع خدمات فيروس نقص المناعة البشري (<https://hivservicestracking.unaids.org>)؛ قائمة جرد الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية التي جمعتها منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز؛ الصندوق الاستراتيجي لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية؛ والمقابلات التي أجريت مع المكاتب القطرية التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز والمنظمات الإقليمية (SE-COMISCA And Horizontal Technical Cooperation Group).

20. Arendse KD, Makeleni-Leteze T, Mantangana N, Nxiba X, Dutyulwa T, Flower T et al. Telephonic support for people living with HIV who are not coping with ART during the COVID-19 pandemic: lessons learned from the Médecins Sans Frontières response in South Africa. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract LBPED31.
21. Ballivian J, Alcaide ML, Cecchini D, Jones DL, Abbamonte JM, Cassetti. Health care disruption and mental health among people living with HIV during COVID lockdown in Argentina. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract LBPEE48.
22. Ennis N, Amas L, Butame S. Barriers impacting telehealth medical appointment adherence among PLWHA. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021.
23. Yendewa GA, Perez JA, Schlick KA, Tribout HA, McComsey GA. Characterizing COVID-19 presentation and clinical outcomes in HIV patients in the US. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 548.
24. Croxford S. COVID-19 mortality among people with HIV compared to the general population during the first wave of the epidemic in England. Fifth Joint Conference of the British HIV Association and the British Association for Sexual Health and HIV, 19 April 2021. Abstract 9.
25. Boule A, Davies MA, Hussey H, Ismail M, Morden E, Vundle Z et al. Risk factors for COVID-19 death in a population cohort study from the Western Cape Province, South Africa. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa1198.
26. Bhaskaran K, Rentsch CT, MacKenna B, Schulze A, Mehrkar A, Bates CJ et al. HIV infection and COVID-19 death: a population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. *Lancet HIV.* 2021;8(1):e24–e32.
27. Kanwugu ON, Adadi P. HIV/SARS-CoV-2 coinfection: a global perspective. *J Med Virol.* 2021;93(2):726–32.
28. Ho HE, Peluso MJ, Margus C, Matias Lopes JP, He C, Gaisa MM et al. Clinical outcomes and immunologic characteristics of coronavirus disease in people with human immunodeficiency virus. *J Infect Dis.* 2021;223(3):403–8.
29. Hoffmann C, Cada JL, Harter G, Vizcarra P, Mreno A, Cattaneo D et al. Immune deficiency is a risk factor for severe COVID-19 in people living with HIV. *HIV Med.* 2021;2295:372–8.
30. Diez C, Romero-Raposo J, Mican R, Lopez J, Delgade-Hierro A, Garcia-Fraile LJF et al. COVID-19 in hospitalized HIV-positive and HIV-negative patients: a matched study. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 544.
31. Moran CA, Oliver N, Szabo BV, Collins LF, Nguyen MI, Shah S et al. Comorbidity burden is associated with hospitalization for COVID-19 among PWH. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 547.
32. HIV and COVID-19: a statement on the Open SAFELY pre-print from the British HIV Association (BHIVA), Terrence Higgins Trust (THT), National AIDS Trust (NAT) and NAM aidsmap. In: BHIVA.org [Internet]. 13 August 2020. London: British HIV Association; c2021 (<https://www.bhiva.org/a-statement-on-the-Open-SAFELY-pre-print>).
33. Waters LJ, Pozniak AL. COVID-19 death in people with HIV: interpret cautiously. *Lancet HIV.* 2021;8(1):e2–e3.
34. Dorward J, Khubone T, Gate K, Ngobese H, Sookrajh Y, Mkhize S. The impact of the COVID-19 lockdown on HIV care in 65 South African primary care clinics: an interrupted time series analysis. *Lancet HIV.* 2021;8(3):e158–e165.
35. Community-led HIV services stepped up in the Philippines during the COVID-19 pandemic. In: UNAIDS.org [Internet]. 11 May 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210511_philippines).
36. McFall AM, Mehta SH, Kawatachi J, Solomon SS, Srikrishnan AK, Celentano DC et al. COVID-19 pandemic impact on access to HIV services for key populations in India. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 737.
37. Impact of the COVID-19 pandemic on TB detection and mortality in 2020. Geneva: WHO; 2021 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-tuberculosis/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-tb-detection-and-mortality-in-2020.pdf?sfvrsn=3fdd251c_16&download=true).
38. El VIH, un grave problema de salud pública en América Latina. In: Noticias ONU [Internet]. 1 December 2020. Naciones Unidas; c2020 (<https://news.un.org/es/story/2020/12/1484902>).

المراجع

1. Ambrosioni J, Blanco JS, Reyes-Uruena JM, Davies M, Sued O, Marcos MA et al. Overview of SARS-CoV-2 infection in adults living with HIV. *Lancet HIV*. 2021;8(5):e294-e305.
2. Del Amo J. Does HIV impact COVID-19 susceptibility or severity? Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 31.
3. The impact of COVID-19 on HIV, TB and malaria services and systems for health: a snapshot from 502 health facilities across Africa and Asia. Geneva: Global Fund; 2021.
4. Huang Y-L, Zhu W, Kourtis A, Hall I, Hoover KW. Impact of COVID-19 on PrEP prescriptions in the United States: a time series analysis. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 731.
5. Pascom A, Veras N, Pinho R, Pereira I, Aquino L, De Freitas M et al. Impact of COVID-19 pandemic on HIV care in Brazil. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 741.
6. Mahwire TC, Koloane N, Burgess J, Makaba Z, Serrao C, Malone T. Upscaling HIV preexposure prophylaxis implementation during COVID-19 pandemic. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 747.
7. Food supply chains and COVID-19: impacts and policy lessons. OECD; 2020 (https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134305-ybqvdf0kg9&title=Food-Supply-Chains-and-COVID-19-Impacts-and-policy-lessons).
8. The Devastating Toll of COVID-19. In: World Food Programme USA [Internet]. World Food Programme USA; c2021 (<https://www.wfpusa.org/drivers-of-hunger/covid-19/>).
9. Stigma Index and country reports. GNP+; 2016–2019.
10. COVID-19 and the world of work: a focus on people living with HIV. Geneva: International Labour Organization; June 2020 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_747263.pdf).
11. Essien EJ, Mgbere O, Iloanusi S, Abughosh SM. COVID-19 infection among people with HIV/AIDS in Africa: knowledge gaps, public health preparedness and research priorities. *Int J MCH AIDS*. 2021;10(1):113-8.
12. Stewart-Isherwood L. Identifying high risk populations for targeted testing and rapid treatment response from a COVID-19 screening and testing cohort in South Africa: an observational data analysis. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract LBPEE44.
13. Hong SY, Ashipala LSN, Bikinesi L, Hamunime N, Kamangu J, Boylan A et al. Rapid adaptation of HIV treatment programs in response to COVID-19 — Namibia, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(42):1549-51.
14. Nasuuna EM, Alex M, Namayanja G, Shamim N, Paul K, Mwondha RMN et al. Ensuring HIV service continuity during the COVID-19 pandemic in Kampala, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 729.
15. Harris TG, Jaszi EG, Laudari CA, Nijirazana B, Brou H, Malele F et al. Resilience of HIV activities during COVID-19 pandemic at health facilities in Africa. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 186.
16. Oseku E, Nakibuuka E, Mutala J, Namyanya L, Nanyonjo M, Kabuye AN et al. Call for Life: supporting people living with HIV (PLHIV) with an interactive voice response tool during the COVID-19 lockdown in Uganda. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract LBPEF55.
17. Odinga M, Kuria S, Muindi O, Mwakazi P, Njraini M, Melon M et al. HIV testing amid COVID-19: community efforts to reach men who have sex with men in three Kenyan countries. *Gates Open Res*. 2020;4:117.
18. Tun NN, Hlain M, Smithuis F. Adapting and overcoming the challenges of HIV prevention and treatment activities under the threat of SARS-CoV-2 in Myanmar. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract LBPEE43.
19. Amatavete S, Seekaew P, Lujintanon S, Chginbunchorn T, Teeratakulpisarn N, Teeratakulpisarn S et al. Telehealth for the continuation of same-day antiretroviral therapy during the COVID-19 outbreak and beyond. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract LBPEE47.

39. Guidelines for the implementation of multi-month dispensing of antiretrovirals. Version 1, 23 July 2020. Washington (DC): PAHO and WHO; 2020 (<https://www.paho.org/en/documents/guidelines-implementation-multi-monthdispensing-antiretrovirals-version-1-23-july-2020>).
40. Traub AM, Ifafore-Calfee T, Phelps BR. Multimonth dispensing of antiretroviral therapy protects the most vulnerable from 2 pandemics at once. *Glob Health Sci Pract*. 2020;8(2):176-7.
41. Hoffman RM, Moyo C, Balakasi KT, Siwale Z, Hubbard J, Bardon A et al. Multimonth dispensing of up to 6 months of antiretroviral therapy in Malawi and Zambia (INTERVAL): a cluster-randomised, non-blinded, non-inferiority trial. *The Lancet*. 2021;9(5):e628-e638.
42. Faturiyele IO, Appolinare T, Ngorima-Mabhena N, Fatti G, Tshabalala I, Tukei VJ et al. Outcomes of community-based differentiated models of multi-month dispensing of antiretroviral medication among stable HIV-infected patients in Lesotho: a cluster randomised non-inferiority trial protocol. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1069.
43. Guidelines for the implementation of multi-month dispensing of antiretrovirals. Washington (DC): PAHO and WHO; 2020 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52949/PAHOCDEHSSCOVID-19200037_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y).
44. An analysis of multi-month dispensing of antiretroviral treatment, community distribution and pre-exposure prophylaxis in Latin America and the Caribbean during COVID-19 pandemic. UNAIDS Regional Office for Latin America and the Caribbean; 2020.
45. Data from UNAIDS and PAHO/WHO (from the Status of HIV/STI Services in the Context of COVID-19 survey).

أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ العمل على الإدماج التدريجي لتمويل الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري ضمن التمويل المحلي للصحة والحماية الاجتماعية والاستجابة لحالات الطوارئ والتصدي للجوائح.

■ التسريع بإدماج خدمات فيروس نقص المناعة البشري في إطار التغطية الصحية الشاملة ونظم الحماية الصحية والاجتماعية القوية والمرنة

■ الاستثمار في إنشاء نظم قوية ومرنة ومنصفة وممولة من القطاع العام لنظم الصحة والحماية الاجتماعية بحيث توفر لـ 90% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به خدمات متكاملة محورها الناس ومحددة السياق فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشري وغيره من الأمراض السارية، والأمراض غير السارية، والرعاية الصحية الجنسية والإنجابية والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والصحة النفسية، والرعاية الملطفة، وعلاج الاعتماد على الكحول واستخدام المخدرات، والخدمات القانونية وغيرها من الخدمات التي يحتاجون إليها من أجل صحتهم ورفاههم بشكل عام.

امرأة من المتعايشات مع فيروس
نقص المناعة البشري تخضع
لفحوصات طبية في أحد المراكز
الصحية في هانوي، فيتنام.
الصورة: برنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بالإيدز

11

التكامل والتغطية الصحية الشاملة

لا يمكن التصدي لفيروس نقص المناعة البشري بمعزل عن غيره من التحديات. فالمتعاضين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به والمتأثرين به لديهم احتياجات أوسع: إذ يحتاجون إلى خدمات صحية وتعليم وسبل عيش مستدامة وشبكات أمان اجتماعي.

ويقر إعلان الأمم المتحدة السياسي بشأن الإيدز لعام 2021 بأن الاستجابة لجائحة الإيدز ترتبط بالجهود الرامية إلى تحسين الصحة العالمية والاستجابة لجائحة كوفيد-19 والاستعداد للجوائح المستقبلية وتحقيق معظم أهداف التنمية المستدامة. ويلزم الإعلان البلدان بالتعجيل بإدماج خدمات فيروس نقص المناعة البشري في خدمات الوقاية من العدوى المشتركة والأمراض المصاحبة والتصدي لها، مثل السل والتهاب الكبد الفيروسي والأمراض المنقولة جنسياً والأمراض غير السارية ومشاكل الصحة النفسية. كما يدعو جميع البلدان إلى العمل على إدراج خدمات فيروس نقص المناعة البشري المدعومة بالعلم والأدلة والتمايز للمتعاضين مع فيروس نقص المناعة البشري والمعرضين لخطر الإصابة به والمتضررين منه ضمن مجموعات الخدمات من أجل التغطية الصحية الشاملة، وإدراج تدابير التصدي للفيروس ضمن نظم قوية ومرنة للصحة والحماية الاجتماعية، والعودة بشكل أفضل من الدمار الذي خلفه كوفيد-19 على نحو أكثر إنصافاً وشمولاً يعزز التأهب لمواجهة الجوائح في المستقبل. وثمة التزامات محددة للحد من ارتفاع معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والسل معاً، والتهاب الكبد الفيروسي والأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس الورم الحليمي البشري.

ومن بين اللبنات الأساسية للتغطية الصحية الشاملة الإنصاف والجودة وإمكانية الوصول. ويتطلب تقديم مجموعة واسعة من الخدمات الصحية للمتعاضين مع فيروس نقص المناعة البشري والمتأثرين به والمعرضين لخطر الإصابة به وغيرهم من المجموعات السكانية ذات الأولوية طوال حياتهم، الاهتمام بالوصم والتمييز وغير ذلك من العوائق التي تحول دون وصولهم إلى الخدمات. وتشمل المعوقات أوجه اللامساواة بين الجنسين، والعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والفقر، ورواءة الظروف المعيشية، وعدم كفاية الاستثمارات في الحماية الاجتماعية والتعليم. وينبغي تعزيز وظائف النظام الصحي الرئيسية-مثل الحوكمة، وتقديم الخدمات، والمعلومات الصحية، وإدارة المشتريات وسلسلة الإمدادات، والموارد البشرية والتمويل- لدعم فعالية تقديم خدمات فيروس نقص المناعة البشري والخدمات المتكاملة، ويشمل ذلك الحصول على الأدوية ذات الجودة وغيرها من السلع الصحية والتكنولوجيات والابتكارات.

ويسير التكامل بشكل جيد في بعض المناطق. فعلى سبيل المثال، تم تعزيز الروابط بين علاج فيروس نقص المناعة البشري وتحري السل وتشخيصه وعلاجه والوقاية منه (انظر الفصل 2). غير أن التقدم المحرز في مجالات أخرى بطيء للغاية. فعلى سبيل المثال، لا تزال تغطية تحري سرطان عنق الرحم وعلاجه ورعايته للمتعاضين مع فيروس نقص المناعة البشري منخفضة للغاية في معظم البلدان والأماكن التي تعاني من ارتفاع عبء الفيروس بها.

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

تعيش نسبة تقدر بـ 85 في المائة من النساء المصابات بسرطان عنق الرحم في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ويعد التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري وتحري سرطان عنق الرحم، يليهما التدبير العلاجي المناسب للآفات السابقة للتسرطن، من التدابير الفعالة من حيث التكلفة.

ويعد التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري وتحري سرطان عنق الرحم، يليهما التدبير العلاجي المناسب للآفات السابقة للتسرطن، من التدابير الفعالة من حيث التكلفة، وقد أوصت بها منظمة الصحة العالمية باعتبارها "أفضل الطرق تكلفة" للوقاية من الأمراض غير السارية (5، 6). وينبغي أن تكون هذه التدخلات من الأولويات الرئيسية في البلدان والسياقات التي يزيد فيها عبء سرطان عنق الرحم الذي يعزى إلى فيروس نقص المناعة البشري بالإضافة إلى عبء سرطان عنق الرحم القائم. وتشير التقديرات إلى أن 85% من النساء المصابات بسرطان عنق الرحم يعشن في أفريقيا جنوب الصحراء، حيث تجاوزت نسبة المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري بين المصابات بسرطان عنق الرحم 40% في تسعة بلدان، مما يؤكد الصلة بين فيروس نقص المناعة البشري وعبء سرطان عنق الرحم في المنطقة (الشكل 11.1). وشكلت أوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة وزيمبابوي وجنوب أفريقيا ومالاوي وموزمبيق نحو النصف من مجمل المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري اللاتي أصبن بسرطان عنق الرحم في عام 2018 (4).

وتتضمن الاستراتيجية العالمية للإيدز للفترة 2021-2026 أهدافاً خاصة بمجموعات سكانية معينة يجب بلوغها بحلول عام 2025. وتشمل هذه الأهداف ما يلي:

■ 90% من المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري يحصلن على خدمات متكاملة أو مترابطة لعلاج فيروس نقص المناعة البشري وسرطان عنق الرحم.

■ 90% من الفتيات الصغيرات في سن المدرسة (اللاتي تتراوح أعمارهن بين 9 و14 عاماً) في البلدان ذات الأولوية يمكنهن الحصول على التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري.

■ 90% من المراهقات والشابات (اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و24 عاماً) يحصلن على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي تدمج خدمات فيروس نقص المناعة البشري وتشمل تحري وعلاج فيروس الورم الحليمي البشري وسرطان عنق الرحم والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، من بين خدمات أخرى.

ويعد ضمان الحصول على الوقاية والعلاج الأولي والثانوي من سرطان عنق الرحم بين المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري والمتضررات منه والمعرضات لخطر الإصابة به، أمراً بالغ الأهمية لتحقيق الأهداف العالمية 90-70-90 في إطار الاستراتيجية العالمية للتعبيل بالقضاء على سرطان عنق الرحم باعتباره مشكلة صحية عامة، التي أطلقتها منظمة الصحة العالمية في نوفمبر/تشرين الثاني 2020 (7)¹.

¹ الأهداف 90-70-90 هي كما يلي: تطعيم 90% من الفتيات بالكامل بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري قبل بلوغهن سن 15؛ فحص 70% من النساء باستخدام اختبار عالي الأداء عند بلوغهن سن 35؛ ومرة أخرى عند بلوغهن سن 45؛ والتدبير العلاجي الصحيح لـ 90% من النساء اللواتي تم تشخيص إصابتهن بسرطان عنق الرحم قبل الغازية والغازية.

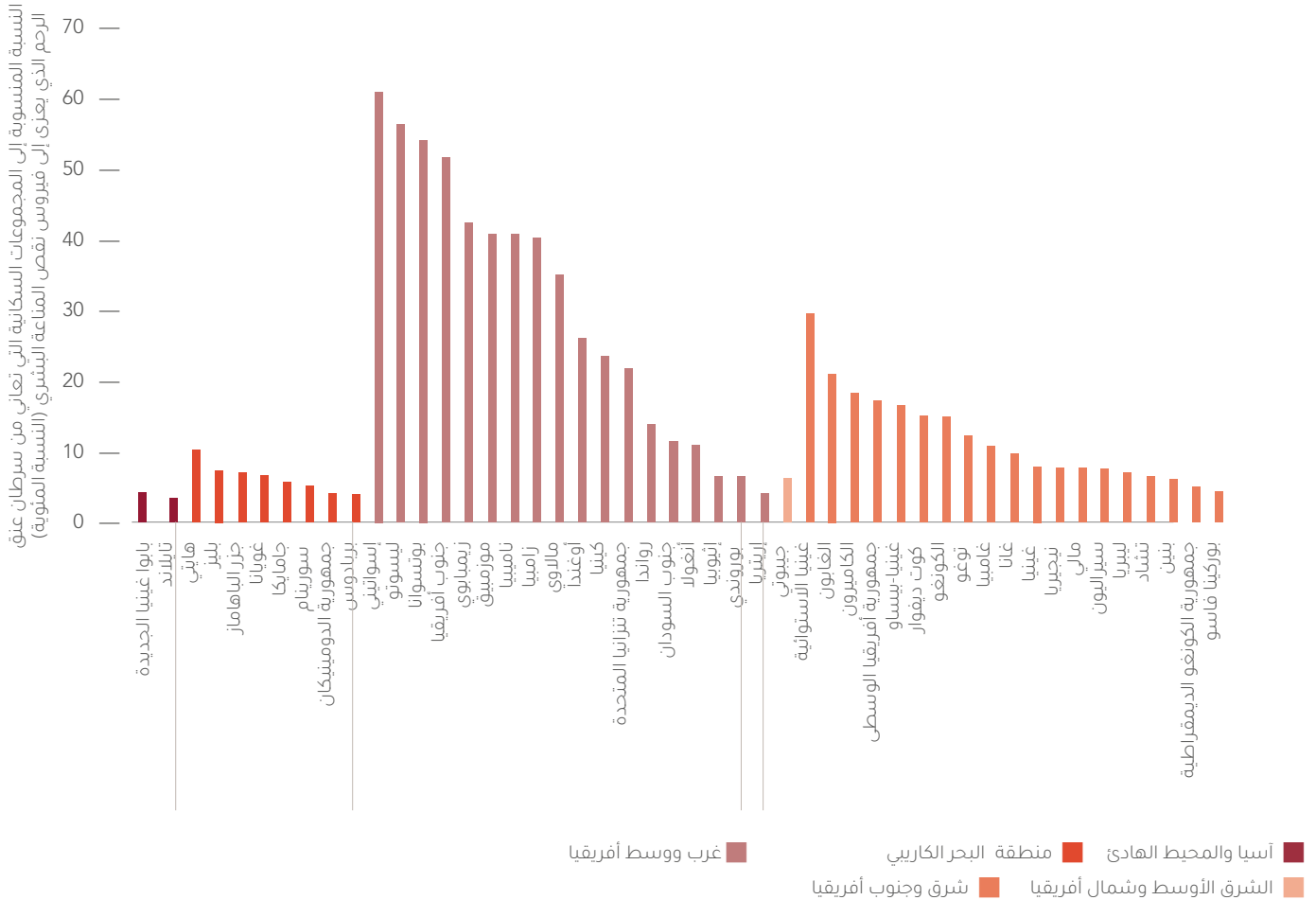


ارتفاع عبء سرطان عنق الرحم في أفريقيا جنوب الصحراء

بيانات
فيروس
نقص
المناعة
البشري

يعد سرطان عنق الرحم ثالث أكثر أنواع السرطان شيوعًا بين النساء على مستوى العالم، حيث قُدرت أكثر من 600,000 حالة جديدة في عام 2020 (1). وسرطان عنق الرحم هو مرض محدّد للإيدز، كما يعد السرطان الأكثر شيوعًا بين المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري (2). وغالبًا ما يكون سببه العدوى بأنواع فرعية عالية الخطورة من فيروس الورم الحليمي البشري، وهي عدوى شائعة ولكن يمكن الوقاية منها، تكافح النساء اللواتي يعانين من ضعف جهاز المناعة من أجل التخلص منها. وقد تزيد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري أيضًا من خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشري (3). وتعد المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري أكثر عرضة لخطر الإصابة بفيروس الورم الحليمي البشري المستمر: وهن أكثر تعرضًا بمقدار ستة أضعاف لخطر الإصابة بسرطان عنق الرحم الغازي، الذي يتطور بسرعة مقدارها الضعف لدى النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشري غير المعالجة، كما أنهن أكثر عرضة للوفاة بسبب سرطان عنق الرحم من النساء غير المصابات بالفيروس، حتى إذا كُن يتلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للعلاج من فيروس نقص المناعة البشري (4).

الشكل 11.1 | النسبة المقدّرة المنسوبة إلى المجموعات السكانية التي تعاني من سرطان عنق الرحم الذي يُعزى إلى فيروس نقص المناعة البشري، أعلى 50 بلدًا في التصنيف، 2018



المصدر: مقتبس من: Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano I, Shah ASV et al. Estimates of the global burden of cervical cancer with HIV. Lancet Glob Health. 2021;9(2):E161-E169.

ملحوظة: يبين الشكل بيانات عن 48 بلدًا. ولا تظهر البيانات المتعلقة بتركمانستان (5-9.99%) وترينيداد وتوباغو (>5%) لأن التقديرات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري لم تنشر من قبل برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز.

1. Cervix uteri. The Global Cancer Observatory; 2021 (<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>).
2. WHO Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Second ed. Geneva: WHO; 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/arv/annexes-5Sep2016.pdf?ua=1>).
3. Liebenberg LJP, McKinnon LR, Yende-Zuma N, Garrett N, Baxter C, Kharsany ABM et al. HPV infection and the genital cytokine milieu in women at high risk of HIV acquisition. *Nat Commun*. 2019;10:5227.
4. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano I, Shah ASV et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2021;9(2):E161-E169.
5. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2017.
6. Global Action Plan for prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: WHO; 2013 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>).
7. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020.
8. CI5: Cancer Incidence in Five Continents [Internet]. Lyon: IARC; c2021 (<https://ci5.iarc.fr/Default.aspx>).

دراسة حالة

المضي قدماً في مواجهة سرطان عنق الرحم في مالاوي

تعمل شراكة "المضي قدماً" Go Further في 12 بلداً في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء من أجل الحد من وقوع إصابات جديدة بسرطان عنق الرحم بين ما يقدر بنحو 7,1 مليون امرأة متعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري بنسبة 2.95% وتسعى شراكة Go Further وهي شراكة مبتكرة بين القطاعين العام والخاص بين خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز ومعهد جورج دبليو بوش وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وشركة Merck لصناعة الأدوية إلى فحص جميع المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري اللاتي تتراوح أعمارهن بين 25 و49 عاماً ويتلقين العلاج من الفيروس في البلدان الشريكة كل عامين، وتوفير العلاج في نفس اليوم للنساء المصابات بآفات سرطان عنق الرحم قبل الغزو³.

وتركز المبادرة كذلك على دمج وتوسيع نطاق خدمات الكشف عن سرطان عنق الرحم وعلاجه ضمن البرامج القائمة لعلاج فيروس نقص المناعة البشري وصحة المرأة. كما تحرص الشراكة على إشراك المجتمعات المحلية في التوعية بالخدمات وزيادة الطلب عليها، وتعزيز نظم الإحالة وتعزيز الرعاية. ومنذ إطلاقها في مايو/أيار 2018، قدمت Go Further خدمات الفحص للكشف عن سرطان عنق الرحم لأكثر من 1,5 مليون امرأة متعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري 1,3 مليون منهن تم فحصهن لأول مرة وحصلت أكثر من 60,000 امرأة مصابة بآفات سرطانية على العلاج في نفس اليوم.

وتعد مالاوي من البلدان ذات الأولوية بالنسبة لشراكة Go Further، حيث تسجل بها واحدة من أعلى معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم في العالم. 4 ومنذ عام 2019، تم فحص ما يقرب من 120,000 امرأة متعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري في مالاوي للكشف عن سرطان عنق الرحم، وتلقت 68% من المصابات بآفات سرطانية العلاج. ويشرح موظفو الرعاية الصحية وداعمي الأقران في مرافق علاج فيروس نقص المناعة البشري، المعروفون باسم "العملاء الخبراء"، أهمية فحص سرطان عنق الرحم للمتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري وربطهن بتلك الخدمات.

ومن خلال العمل عن كثب مع وزارة الصحة في مالاوي والشركاء التقنيين، أدخلت شراكة Go Further إجراء الختان الجراحي الكهربائي، وهو طريقة للمرضى الخارجيين لإزالة آفات عنق الرحم الكبيرة السابقة للتسرطن، في جميع مستشفيات مقاطعة مالاوي. ويعمل الشركاء المنفذون لخطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز على تعزيز شبكات الإحالة للمتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري اللاتي يحتجن إلى الوصول إلى الإجراء. كما يعملون على تحسين الرعاية المتخصصة للنساء المشتبه في إصابتهن بسرطان عنق الرحم واللاتي لا يستطعن بعد الوصول إلى الخدمات الوقائية الموصى بها.

ويهدف البرنامج المشترك لسرطان عنق الرحم وفيروس نقص المناعة البشري في مالاوي إلى الإدماج الكامل لخدمات سرطان عنق الرحم وفيروس نقص المناعة البشري في جميع مواقع علاج فيروس نقص المناعة البشري البالغ عددها 750 موقعاً في البلاد. وبحلول أواخر عام 2020، كانت 311 من تلك المواقع تقدم خدمات سرطان عنق الرحم وفيروس نقص المناعة البشري، مقابل 81 مركزاً في عام 2017.

2 البلدان الشريكة لـ Go Further هي: إثيوبيا، وأوغندا، وبوتسوانا، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وزامبيا، وزيمبابوي، وكينيا، وليسوتو، ومالاوي، وموزامبيق، وناميبيا.
3 لمزيد من المعلومات، راجع: <https://www.state.gov/partnership-to-end-aids-and-cervical-cancer>
4 كان معدل الإصابة المقدر بالعمر القياسي 67.9 حالة سرطان عنق الرحم لكل 100,000 امرأة في 2020، وفقاً للمرصد العالمي لسرطان (8).

أهداف والتزامات عام 2025 الواردة في الإعلان السياسي لعام 2021 بشأن الإيدز

■ العمل على حصول 90% من الأشخاص في البيئات الإنسانية على خدمات فيروس نقص المناعة البشري المتكاملة.

■ العمل على استخدام 95% من الأشخاص في البيئات الإنسانية المعرضين لخطر فيروس نقص المناعة البشري لخيارات الوقاية المناسبة والفعالة وذات الأولوية، والتي تركز على الناس.

■ إعادة بناء المجتمع بشكل أفضل بطريقة أكثر إنصافاً وشمولاً بعد كوفيد-19 والأوضاع الإنسانية، وتعزيز الصحة العامة وتعزيز الاستجابات المستقبلية للجوائح والتأهب لها.

على الرغم من أن الهجرة في حد ذاتها ليست من عوامل الخطر فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشري، إلا أنها يمكن أن تعقد الوصول إلى خدمة فيروس نقص المناعة البشري. وتشير الدراسات إلى أن فرض حصول المهاجرين على خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه غالباً ما تكون أدنى من فرص غير المهاجرين.

مهاجرة فنزويلية تعبر جسراً على الحدود بين كولومبيا وجمهورية فنزويلا البوليفارية، كوكوتا، كولومبيا.
الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز/رامون لوباج

12

السكان
المتنقلون

مع انتشار جائحة كوفيد-19 في أوائل عام 2020، نزح ما يقدر بنحو 79,5 مليون شخص قسراً بسبب الكوارث الطبيعية أو المناخية، بالإضافة إلى الاضطهاد أو الصراعات أو العنف أو انتهاكات حقوق الإنسان أو الأحداث التي تخل بالنظام العام بشكل خطير (1، 2). كما بلغ عدد المهاجرين الدوليين في عام 2020 ما يقدر بنحو 281 مليون مهاجر (3). وقد خلقت جائحة كوفيد-19 تحديات أكبر فيما يتعلق بتزويد السكان المتنقلين بإمكانية الوصول العادل إلى الخدمات الصحية الأساسية، بما في ذلك العلاج والدعم المتعلقين بفيروس نقص المناعة البشري.

وهناك توجيهات وأدوات فعالة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري في حالات الأزمات، ويرجع ذلك جزئياً إلى الجهود التي يبذلها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز والشركاء المتعاونين الذين يدمجون فيروس نقص المناعة البشري ضمن التدخلات الرئيسية الخاصة بالسكان المتنقلين ويسهلون إدماجها في النظم الوطنية للصحة والحماية. ومن بين 42 دولة مضيضة للاجئين (جميعها في أفريقيا جنوب الصحراء ماعدا دولتين) تم مسحها من قبل مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في عام 2019، أفاد 88% أن اللاجئين يمكنهم الحصول على علاج فيروس نقص المناعة البشري من خلال النظم الوطنية، وأفاد 100% أن العلاج المجاني للسبل متاح (4).

ويطالب الإعلان السياسي للأمم المتحدة لعام 2021 بشأن الإيدز أن يتم بحلول عام 2025، حصول 90% من الأشخاص في البيئات الإنسانية على خدمات متكاملة لفيروس نقص المناعة البشري و95% من الأشخاص في البيئات الإنسانية المعرضين لخطر الإصابة بالفيروس على خيارات توليفة الوقاية المناسبة.

وقد تم تعريف المهاجرين في الإعلان السياسي باعتبارهم مجموعة سكانية معرضة بشكل أكبر لخطر الإصابة بالفيروس، وتدعو الاستراتيجية العالمية للإيدز للفترة 2021-2026 إلى حصول 90% من المهاجرين وغيرهم من الأشخاص المتنقلين على خدمات محورها الناس متكاملة ومصممة خصيصاً لفيروس نقص المناعة البشري والأمراض السارية الأخرى، وللעنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

وعلى الرغم من أن الهجرة في حد ذاتها ليست من عوامل الخطر فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشري، إلا أنها يمكن أن تعقد الوصول إلى خدمة فيروس نقص المناعة البشري. وتشير الدراسات إلى أن فرص حصول المهاجرين على خدمات اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري غالباً ما تكون أدنى من فرص غير المهاجرين (9-5). وعادة ما تقيّد القوانين واللوائح الوطنية وصول المهاجرين غير النظاميين إلى الخدمات، بينما يمنع الخوف من الترحيل الكثيرين من الوصول إلى الخدمات الأساسية. كما يقوض الوصم والتمييز حصولهم على الخدمات الأساسية، حيث من المحتمل أن يتعرض المهاجرون الذين ينتمون إلى المجموعات السكانية الرئيسية بشكل خاص للتمييز القاسي في العديد من البلدان (10، 11). ونتيجة لاستبعاد غير المواطنين من نظم الصحة والحماية الاجتماعية الوطنية، صار المهاجرون وغيرهم من السكان المتنقلين أكثر عرضة لخطر الإصابة بالفيروس بشكل خاص خلال جائحة كوفيد-19، مما يسلط الضوء على أهمية الحماية الاجتماعية والنظم الصحية الشاملة بحق (12).

حرص المهاجرين على التباعد
الاجتماعي كإجراء وقائي
لجائحة كوفيد-19 قبل دخول
المركز المجتمعي لمجلس
اللاجئين النرويجي في يوليو/
تموز 2020 في سان أنطونيو
ديل تاشيرا، جمهورية فنزويلا
البوليفارية.
الصورة: مكتب تنسيق
الشؤون الإنسانية/جيما كورتيز



دراسة حالة

الكل معا: تقديم خدمات فيروس نقص المناعة البشري للاجئين والمهاجرين الفنزويليين في كولومبيا

في السنوات الأخيرة، غادر ملايين الفنزويليين بلادهم هرباً من الأزمة السياسية والاقتصادية الممتدة. ولا يملك العديد منهم الوثائق الرسمية التي تمكنهم من الوصول إلى الخدمات العامة الأساسية، مثل الرعاية الصحية، في البلدان المضيفة لهم.

وقد تفاقمّت المحنة التي يعاني منها العديد من اللاجئين والمهاجرين خلال جائحة كوفيد-19. وأفاد أكثر من ثلاثة أرباع (77%) المجيبين على استطلاع أجري بين أكتوبر/تشرين الأول ونوفمبر/تشرين الثاني 2020 لـ 1810 لاجئ ومهاجر فنزويلي أن جائحة كوفيد-19 قد أدت إلى تفاقم وضعهم الاقتصادي، بما في ذلك تراكم الديون، وتعريضهم لخطر أكبر من الطرد. ووفقاً لدراسة أجرتها وكالات الأمم المتحدة ولجنة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان (13)، لم يحصل نحو 70% من المجيبين على الاستطلاع على أي نوع من المساعدة التي من شأنها أن تسمح لهم بمنع الطرد أو الحصول على بعض الحماية من الطرد.

وفي كولومبيا، يفتقر أكثر من نصف اللاجئين والمهاجرين الفنزويليين البالغ عددهم 1.7 مليون نسمة إلى وضع الإقامة الرسمي، مما حد من حصولهم على الخدمات الأساسية والحماية والدعم (14، 15). وينطوي ذلك على خطر كبير بالنسبة للأشخاص الذين يحتاجون إلى العلاج المستمر والرعاية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري أو الحالات الصحية الأخرى. ووفقاً لمسح أجرته منظمة CARE الدولية بين عام 2019 وأوائل عام 2020، فإن ثلث المهاجرين المعروف إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشري أو غيرها من الأمراض المنقولة جنسياً في كولومبيا والإكوادور وبيرو لم يتلقوا علاجاً لهذه الحالات لمدة سنتين على الأقل (16).

وفي منتصف عام 2020، تدخلت جمعية Senderos Asociación Mutual، وهي منظمة غير حكومية كولومبية، من أجل المساعدة في سد هذه الفجوة. وتركز المنظمة على توفير الرعاية الصحية للعاملين في قطاع الاقتصاد الشعبي أو الاقتصاد غير الرسمي



العائدون حديثاً أثناء الإجراءات الإدارية في سان انطونيو ديل تاشيرا، جمهورية فنزويلا البوليفارية. وسط التحديات المتزايدة، تؤدي جائحة فيروس كورونا المستجد إلى تفاقم الاحتياجات الإنسانية، مما يدفع وكالات الإغاثة إلى توسيع نطاق استجابتها. الصورة: مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية/ جيما كورتييز

كريستوفر غريساليس، وهو شاب فنزويلي، هو أحد المهاجرين الذين وصلت إليهم الجمعية. ويقول: "لقد وجدت مكانًا دعموا فيه صحي على يد مجموعة من المتخصصين المتميزين".

والآن أصبح السيد غريساليس يملك إمكانية الوصول إلى نظام الصحة العامة في كولومبيا. بعد أن أعلنت حكومة كولومبيا عن مخطط في أوائل فبراير/شباط 2021 من شأنه أن يوفر وضع الحماية المؤقت لمدة 10 سنوات للفنزويليين الموجودين في البلاد. ويمنح هذا الوضع فرصة الوصول إلى الخدمات الأساسية- بما في ذلك النظام الصحي الوطني، والتطعيم ضد كوفيد-19 والتعليم- ويسهل على اللاجئين والمهاجرين العمل والسعي للحصول على الإقامة الدائمة (14)، ووصف مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، فيليبو غراندي، هذه الخطوة بأنها "أهم بادرة إنسانية في المنطقة منذ عقود" (17).

والمهاجرين الذين يواجهون صعوبات في الوصول إلى الخدمات الصحية في كالي، كولومبيا. وفي أغسطس/ آب 2020، أطلقت مشروعًا لتسهيل الحصول على الرعاية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري وغيره من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي للاجئين والمهاجرين من أصل فنزويلي. وقد تم الإعلان عن هذه الخدمات من خلال توزيع النشرات في المجتمعات المحلية التي تستضيف أعدادًا كبيرة من المهاجرين، من خلال منصات التواصل الاجتماعي والأنشطة العامة.

وأقامت الجمعية شراكات مع منظمات غير حكومية أخرى (بما في ذلك منظمة "المعونة من أجل الإيدز" و americare) بغية توفير اختبار فيروس نقص المناعة البشري لـ 503 من المهاجرين غير الشرعيين. وقد جاءت نتيجة الاختبار إيجابية لستة وعشرين منهم حيث أحيلوا إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، فيما تمت إحالة أربعين مهاجرًا آخرين إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.



اللاجئون والمهاجرون الفنزويليون الذين وصلوا حديثًا في يوليو/تموز 2020 في سان أنطونيو ديل تاشيرا، جمهورية فنزويلا البوليفارية. وفي الوقت الذي تنفذ فيه الدول المجاورة التي تستضيف المهاجرين الفنزويليين تدابير لاحتواء جائحة كوفيد-19، يعود الآلاف إلى ديارهم لتجنب المصاعب الاقتصادية والاجتماعية. الصورة: مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية/ جيما كورتيز.



حفصة، امرأة تبلغ من
العمر 46 عامًا ومتعايشة
مع فيروس نقص المناعة
البشري، متطوعة في
أحد مراكز العلاج المضاد
للفيروسات القهقرية، حيث
تشجع الأشخاص الآخرين
المتعايشين مع الفيروس
على الاستمرار في تناول
أدويتهم والحصول على الدعم
الغذائي.
الصورة: برنامج الأغذية
العالمي

وفي عام 2020، وصلت التدخلات إلى أكثر من 7200 شخص يعانون من سوء التغذية ويتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية أو علاج السل، بزيادة قدرها 40% عن عام 2019. وكانت النتائج كبيرة: فقد تعافى 87% من الأشخاص من سوء التغذية الحاد واستمروا جميعهم في تلقي العلاج.

وتعمل حفصة الآن كمتطوعة في أحد المراكز الصحية، حيث تشجع الأشخاص الآخرين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري على الالتزام بعلاجهم من الفيروس، والحصول على الدعم الغذائي الكافي وتحقيق استدامة الكبت الفيروسي.

ويستخدم برنامج الأغذية العالمي أيضًا برنامج تحويل نقدي لإدراج المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وأسرهم في شبكة الأمان الاجتماعي الوطنية، وللمساعدة في التصدي لبعض الدوافع المرتبطة بالفقر التي تسبب الوباء. وقد نظم برنامج الأغذية العالمي دورات توعية بشأن الحماية الاجتماعية الحساسة لفيروس نقص المناعة البشري، للمسؤولين الحكوميين وشبكات المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في ولاية بونتلاندا، في شمال شرق البلاد. وأدى ذلك إلى وضع خطط عمل لإشراك المتعايشين مع الفيروس في برامج الرعاية الاجتماعية القائمة، وإلى نشر سياسات الحماية الاجتماعية والمبادئ التوجيهية والبرامج الخاصة بالمتعايشين مع الفيروس حتى يفهموا استحقاقاتهم ويستفيدوا من نظام الحماية الاجتماعية القائم.

دراسة حالة

استعادة الصحة والكرامة من خلال التغذية في الصومال

منذ عام 2012، تعيش حفصة (اسم مستعار)، وهي امرأة تبلغ من العمر 46 عامًا من مدينة بَيَدَا في ولاية جنوب غرب الصومال، مع عائلتها في مخيم شابيلي في مدينة بوصاصو حيث أعيد توطينهم بسبب الحرب الأهلية. "في عام 2019، مرضت وأصبحت ضعيفة للغاية، فقررت زيارة مستشفى بوصاصو العام للعلاج، حيث أخبرني الممرضة أنني مصابة بفيروس نقص المناعة البشري. وكدت أغيب عن الوعي، لقد صدمت صدمة كبيرة."

وبمجرد أن سمع زوج حفصة الخبر، تولى عنها وأطفالهما الثمانية؛ فتقول حفصة "فقدت كل الدعم الذي كنت أحصل عليه من زوجي، وأصبحت الحياة صعبة للغاية. وفي ذلك الوقت، كان اثنان من أطفالي يدرسان في المدرسة الابتدائية، لكنني لم أتمكن من دفع الرسوم المدرسية، لذلك تركوا الدراسة." وفي زيارتها الثانية إلى المستشفى، وُصف لحفصة العلاج المضاد للفيروسات القهقرية واكتشفت أنها مؤهلة للتسجيل في برنامج الغذاء عن طريق الوصفة الطبية.

وتضيف: "بعد ستة أشهر، تحسنت صحتي. وتم تسريحني، وأُحالتي الممرضة إلى برنامج آخر يمكنني من خلاله الحصول على قسائم الطعام. وكان المعلمون الأقربان يشجعونني دائمًا على استلام طعامي ومواصلة تناول الدواء. ومنذ ذلك الحين تغيرت حياتي للأفضل. أشعر أنني بحالة جيدة، وقد استعادت كرامتي. كما أن أطفالي مسجلون الآن في مدرسة جديدة، حيث يتلقون وجبتي إفطار وغداء مجانيًا."

ويعد نقص التغذية السليمة من الأسباب الشائعة التي تعوق المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري أو تجعلهم يتوقفون عن تناول الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية التي يمكن أن تنقذ حياتهم. وفي الصومال، يعمل برنامج الأغذية العالمي مع وزارة الصحة لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من سوء التغذية على تلقي العلاج المضاد للفيروسات القهقرية وعلاج السل بدعم تغذوي متخصص في 34 مركزًا صحيًا في جميع أنحاء البلاد.

وينشر برنامج الأغذية العالمي شبكات من العاملين المدربين في مجال التوعية لتحديد المرضى الذين يحتمل أن يعانون من سوء التغذية، باستخدام بروتوكول موحد للبحث النشط عن الحالات، والإحالات، وتعقب الأشخاص الذين يقطعون العلاج. وبعد ذلك، تجرى فحوص وتقييمات للتغذية، ويقدم المشورة والتغذية المتخصصة العاملون في مجال الرعاية الصحية الذين تدريبوا على تقديم المشورة والدعم في مجال تقييم التغذية (18).

المراجع

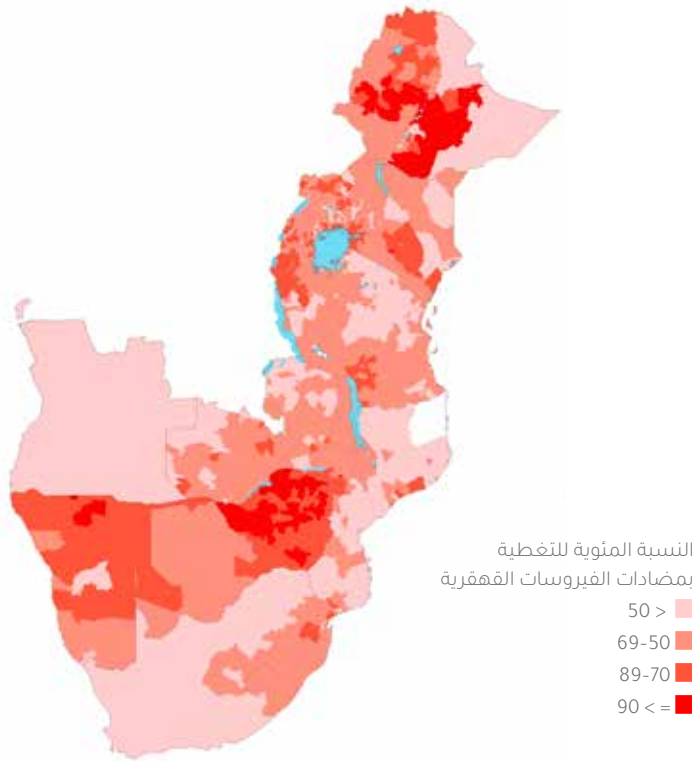
1. Global trends: forced displacement in 2019. Geneva: UNHCR; 2020 (<https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends/globaltrends2019/>).
2. Mid-year trends 2020. Geneva: UNHCR; 2020 (<https://www.unhcr.org/5fc504d44.pdf>).
3. Migration data portal [database]. Last updated 5 February 2021. Berlin: Global Migration Data Portal; c2021 (<https://migrationdataportal.org/themes/international-migrant-stocks>).
4. Update on the implementation of the HIV response for migrant and mobile populations. UNAIDS Programme Coordinating Board background paper (UNAIDS/PCB 48/21.18). Geneva: UNAIDS; June 2021.
5. Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, Bruns L, Patterson N, Yiweza D et al. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet*. 2007;369(9580):2187-95.
6. Marukutira T, Gray RT, Douglass C, El-Hayek C, Moreira C, Asselin J et al. Gaps in the HIV diagnosis and care cascade for migrants in Australia, 2013–2017: a cross-sectional study. *PLoS Med*. 2020;17(3):e1003044.
7. Brown AE, Attawell K, Hales D, Rice BD, Pharris A, Supervie V et al. Monitoring the HIV continuum of care in key populations across Europe and central Asia. *HIV Med*. 2018. doi: 10.1111/hiv.12603.
8. Reyes-Urueña, Campbell C, Hernando C, Vives N, Folch C, Ferrer L et al. Differences between migrants and Spanish-born population through the HIV care cascade, Catalonia: an analysis using multiple data sources. *Epidemiol Infect*. 2017;145(8):1670-81.
9. Tanser F, Bärnighausen T, Vandormael A, Dobra A. HIV treatment cascade in migrant and mobile populations. *Curr Opin HIV AIDS*. 2015;10:430-8.
10. Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond. Geneva: UNAIDS; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf).
11. Migration focus on integration, xenophobia and discrimination. Geneva: ILO; 2017.
12. Livelihoods, food and futures: COVID-19 and the displaced. Geneva: UNHCR; 2021 (<https://storymaps.arcgis.com/stories/4b999f79628644df84ccb7c10a9edd9e>).
13. Regional survey on evictions and refugees and migrants from Venezuela. San José: Inter-American Commission on Human Rights; 2021 (<https://r4v.info/es/documents/details/86632>).
14. UNHCR and IOM welcome Colombia's decision to regularize Venezuelan refugees and migrants. UNHCR–IOM Joint Press Release. In: UNHCR.org [Internet]. 8 February 2021. Geneva: UNHCR; c2001–2021 (<https://www.unhcr.org/news/press/2021/2/60214cf74/unhcr-iom-welcome-colombias-decision-regularize-venezuelan-refugees-migrants.html>).
15. Distribución de Venezolanos en Colombia - Corte 31 de Enero de 2021. In: Migración Colombia [Internet]. 3 March 2021. Bogota: Migración Colombia; [updated 1 Jun 2021] (<https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-enero-de-2021>).
16. Una emergencia desigual: análisis rápido de género sobre la crisis de refugiados y migrantes en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Geneva: CARE; Junio 2020 (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RGA_ESP_Venezuela_final_compressed_0.pdf).
17. Janetsky M. Venezuela migrants: "Legal status changes everything." In: BBC News [Internet]. 10 February 2021. BBC; 2021 (<https://www.bbc.com/news/world-latin-america-56009342>).
18. Somalia Annual Country Report 2019 Country Strategic Plan 2019–2021. Mogadishu: WFP; 2019.





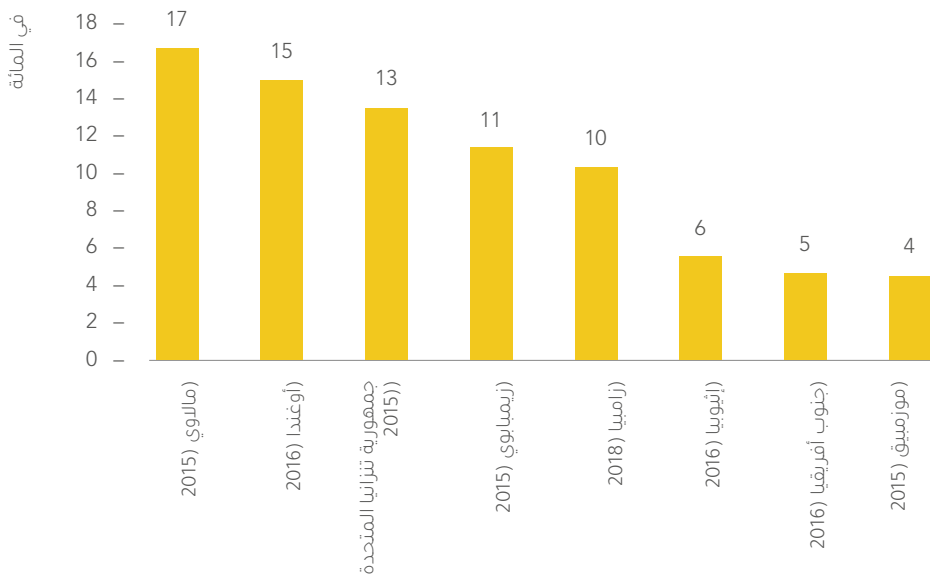
موجزات إقليمية

الشكل 13.1 | تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين الرجال (الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و24 عامًا)، على المستوى المحلي، شرق وجنوب إفريقيا، 2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>)

الشكل 13.2 | النسبة المئوية للشابات (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عامًا) الذين أبلغوا عن تعرضهن للعنف الجنسي، بلدان مختارة، شرق وجنوب أفريقيا، 2015-2018



المصدر: المسوح الديموغرافية والصحية، 2015-2018.

الإجراءات ذات الأولوية للقضاء على الإيدز

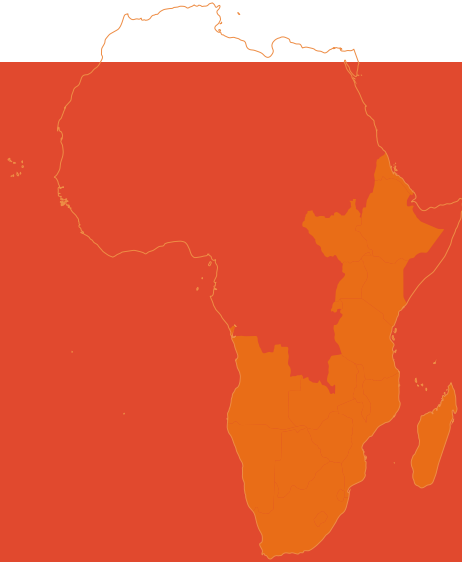
■ توسيع نطاق توليفة الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري ذات التأثير العالي لتشمل المجموعات السكانية الرئيسية، والمراهقات والشابات، والشباب بكل تنوعهم.

■ الحفاظ على المكاسب التي تحققت على صعيد الاختبار والعلاج والرعاية أثناء جائحة كوفيد-19، ومعالجة الفجوات القائمة في تغطية الخدمات جغرافيًا وسكانيًا والتي تؤثر بشكل خاص على المجموعات السكانية الفرعية ذات الأولوية.

■ العمل على استدامة الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري، بما في ذلك من خلال زيادة التمويل المحلي وتكامل الخدمات.

■ معالجة الحواجز الاجتماعية والهيكليّة، بما في ذلك الأعراف الجنسانية والاجتماعية الضارة والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

■ تمكين المجتمعات المحلية ووضعها في قلب الاستجابات الوطنية ودون الوطنية لفيروس نقص المناعة البشري. السعي من أجل تكييف خدمات فيروس نقص المناعة البشري والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق بما يلبي احتياجات الشباب بكل تنوعهم، وبالتالي ضمان زيادة الاستفادة على الخدمات.



شرق وجنوب أفريقيا

تظل

منطقة شرق وجنوب إفريقيا المنطقة الأكثر تضرراً من فيروس نقص المناعة البشري، حيث يوجد بها ما يقرب من 55% من جميع الأشخاص-وثنائي الأطفال-المتعايشين مع الفيروس. وهي أيضًا المنطقة التي أحرزت أكبر تقدم في مكافحة فيروس نقص المناعة البشري منذ عام 2010: انخفضت حالات الإصابة الجديدة بنسبة 43% بشكل عام من عام 2010 إلى عام 2020، ونسبة 64% بين الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و14 عامًا)، وهو أكبر معدل انخفاض في أي منطقة.

وقد اقتربت المنطقة في المجمل من تحقيق أهداف عام 2020 الخاصة بالاختبار والعلاج-وهو إنجاز رائع بالنظر إلى العبء الثقيل لفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة. وقد أظهرت بلدان مثل إسواتيني وناميبيا وزامبيا قيادة هائلة في التقدم نحو بلوغ الأهداف 90-90-90، مع وصول إسواتيني بالفعل إلى الأهداف 95-95-95. وبشكل عام، تراجعت الوفيات المتعلقة بالإيدز بنسبة 50% في عام 2020 مقارنة بالعقد السابق.

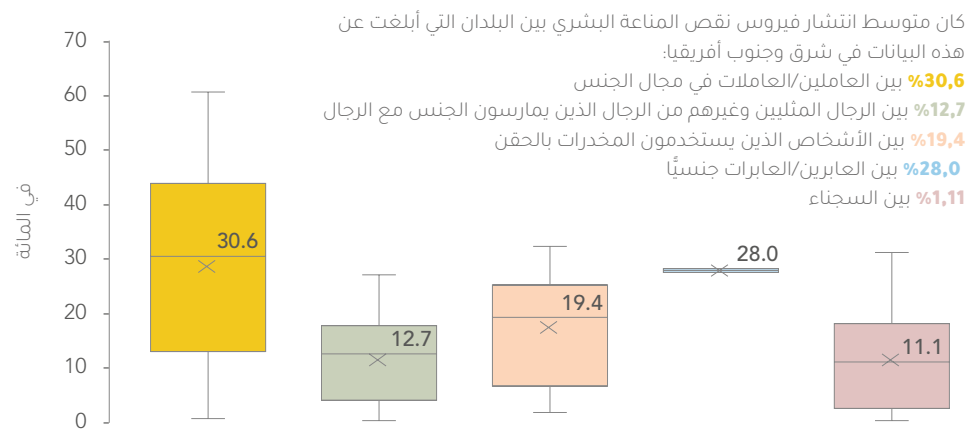
هذا هو حجم الوباء في المنطقة، الذي أودى مع ذلك بحياة 310,000-220,000 [470,000] شخصًا في عام 2020، فيما أصيب 670,000 [930,000-470,000] شخصًا بفيروس نقص المناعة البشري في نفس الفترة. وتشير التقديرات إلى أن 58% من هذه الإصابات كانت بين النساء والفتيات، في ظل أوجه اللامساواة المترسخة بين الجنسين وانتشار العنف القائم على النوع الاجتماعي. وشكلت المجموعات السكانية الرئيسية وشركاؤهم الجنسيون 32% من الإصابات الجديدة في عام 2020.

ولا تزال تغطية الاختبار والعلاج للرجال أقل بكثير من تغطية النساء، وهو اتجاه يهدد صحة وحياة الرجال وشركائهم. وشهد الأطفال تقدمًا أبطأ بكثير عبر سلسلة الاختبار والعلاج مقارنة بالبالغين.

وما زال الالتزام السياسي قويًا في أنحاء المنطقة: فقد تبنت معظم البلدان أهدافاً طموحاً لتوسيع البرامج وزيادة التمويل المحلي لاستجابتها لفيروس نقص المناعة البشري. وتعد المشاركة الواسعة للمنظمات والشبكات التي يقودها المجتمع المحلي في أنشطة مكافحة الفيروس سمة مميزة للاستجابة الإقليمية. وقد ساعدت جهودهم في الحد من تعطل خدمات الفيروس وتأخرها بسبب جائحة كوفيد-19.

كما أن الجهود المبذولة لتحسين الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية-بما في ذلك توسيع التثقيف الجنسي الشامل والبرامج الرامية إلى الحد من العنف القائم على النوع الاجتماعي وعدم المساواة بين الجنسين والممارسات الضارة وزواج الأطفال-تتزايد وتيرتها في العديد من البلدان.

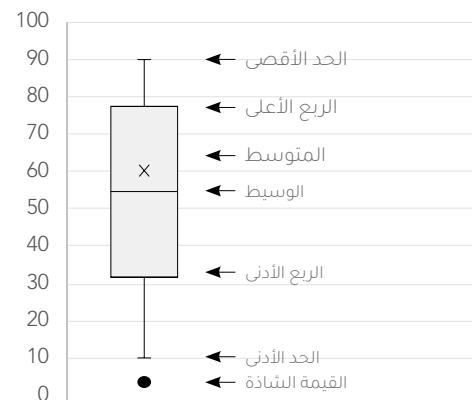
الشكل 13.5 | معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية، البلدان المبلغة في شرق وجنوب أفريقيا، 2016-2020



■ العاملون/العاملات في مجال الجنس (عدد البلدان = 14)
 ■ الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (عدد البلدان = 11)
 ■ الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن (عدد البلدان = 6)
 ■ العابرون/العابرات جنسياً (عدد البلدان = 6)
 ■ السجناء (عدد البلدان = 9)

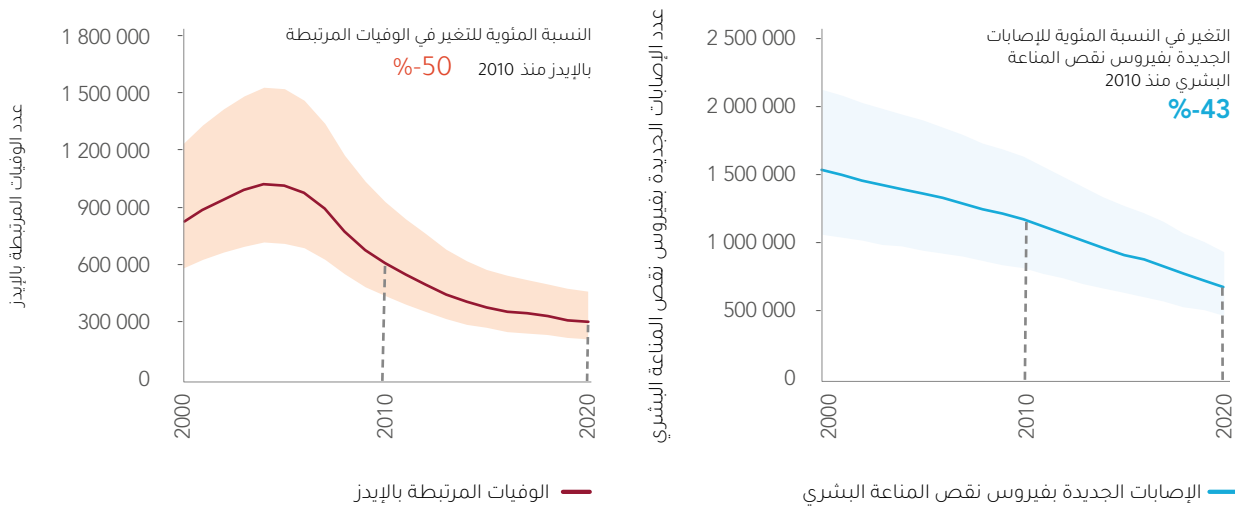
المصدر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021. (<https://aidsinfo.unaids.org>).
 ملحوظة: العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 21

كيف تقرأ هذا الرسم البياني



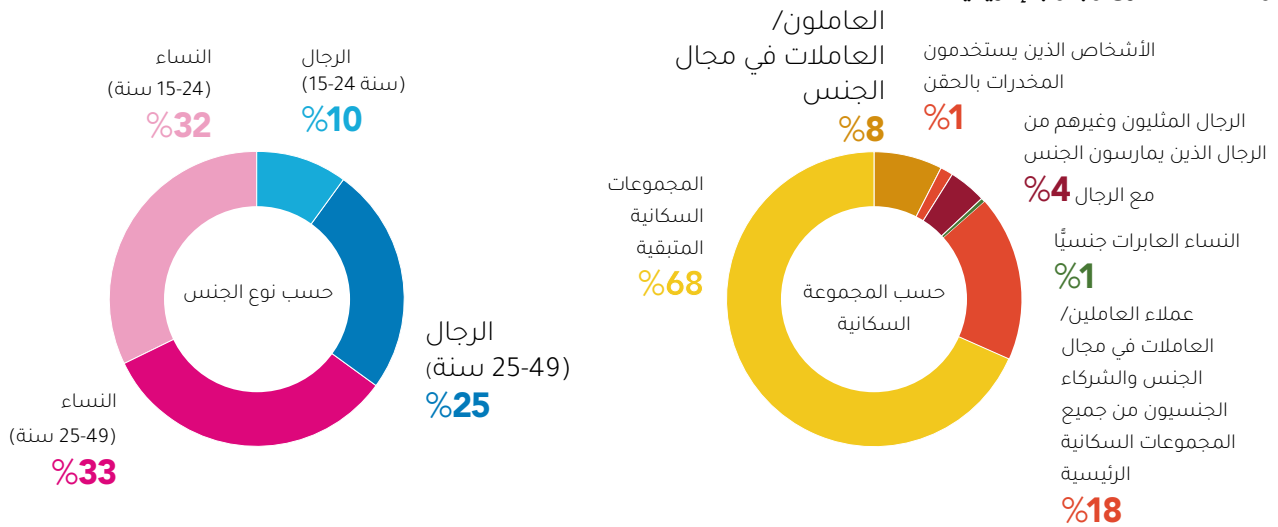
حالة الجائحة

الشكل 13.3 | عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، شرق وجنوب أفريقيا، 2000-2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021. (<https://aidsinfo.unaids.org>).

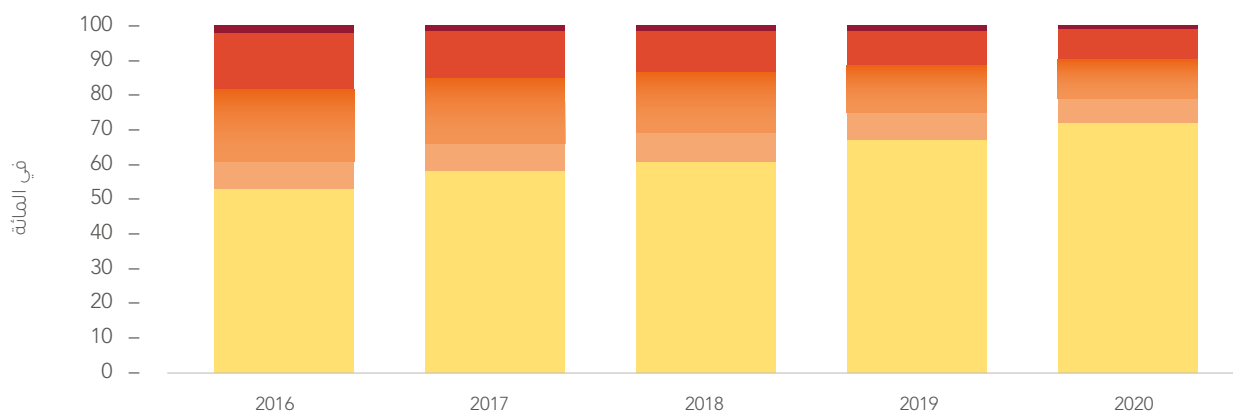
الشكل 13.4 | توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب المجموعة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)، شرق وجنوب إفريقيا، 2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021. (انظر ملحق المناهج).

بيانات فيروس نقص المناعة البشري

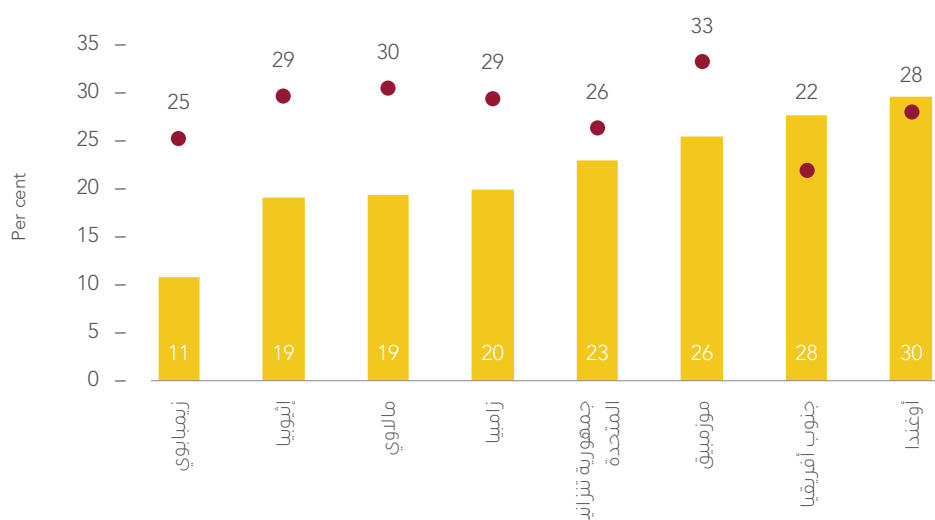
الشكل 13.6 | المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والمصابون حديثاً بالعدوى في الأشهر الستة الماضية، وسلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الفئة العمرية +15)، شرق وجنوب أفريقيا، 2016-2020



■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين أصيبوا بالعدوى في الأشهر الستة الماضية
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين لا يعرفون حالتهم وأصيبوا منذ أكثر من ستة أشهر
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالتهم ولكنهم لا يتلقون العلاج
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون العلاج ولكنهم لم يتمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون العلاج وتمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي

المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

الشكل 13.7 | النسبة المئوية للشابات (من سن 15 إلى 24 عامًا) ذوات الاحتياجات غير المُلباة في مجال تنظيم الأسرة وجميع النساء الحوامل المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و24 عامًا، بلدان مختارة، شرق وجنوب أفريقيا، 2015-2018



■ الشابات (15-24 سنة) ذوات الاحتياجات غير المُلباة في مجال تنظيم الأسرة
 ● النسبة المئوية لجميع الحوامل المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و24 سنة

المصدر: المسوح الديموغرافية والصحية، 2015-2018؛ تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021

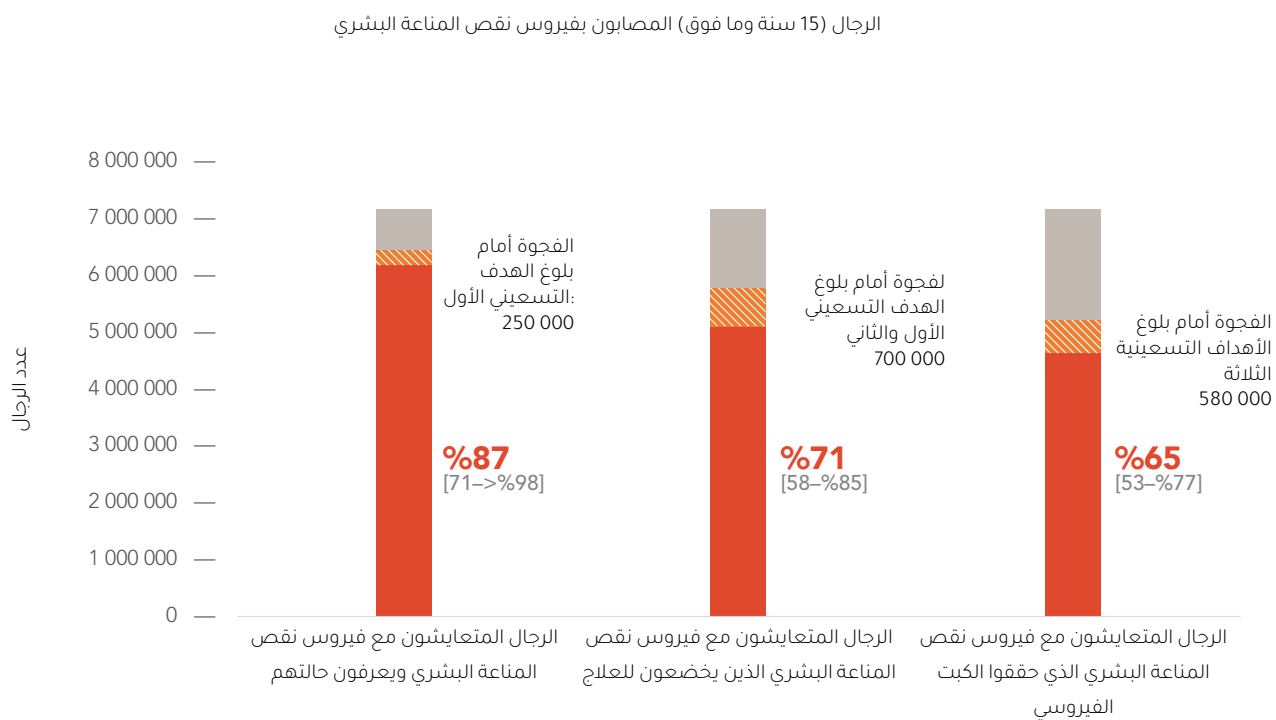
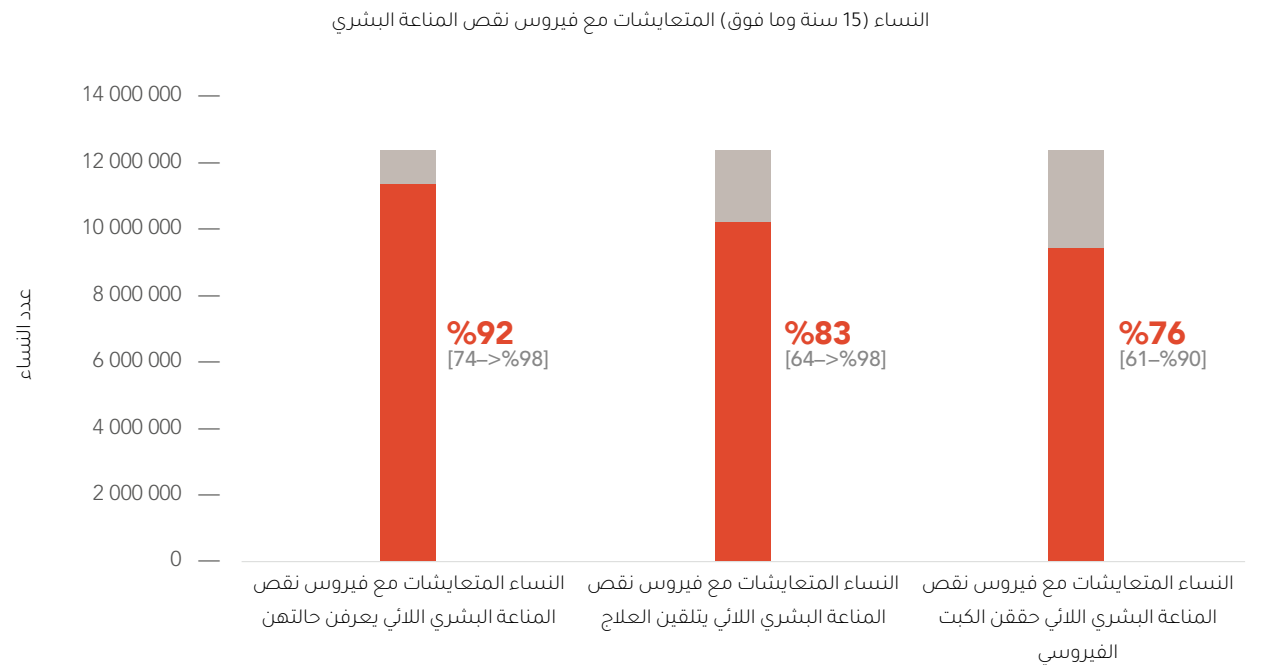
الجدول 13.1 | الحجم التقديري المُبَنَغ عنه للمجموعات السكانية الرئيسية، شرق وجنوب أفريقيا، 2018-2020

السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	السجناء	العابرون/العابرات جنسياً كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	العابرون/العابرات جنسياً	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	العاملون/العاملات في مجال الجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	العاملون/العاملات في مجال الجنس	السكان البالغون على المستوى الوطني (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) في عام 2020 أو في العام ذي الصلة	
										430 000	جزر القمر
7.70%	46 800									608 000	إسواتيني
										25 000 000	كينيا
							6100		7500	1 150 000	ليسوتو
										13 600 000	مدغشقر
	14 200							0.39%	36 100	9 277 000	مالاوي
										1 311 000	ناميبيا
							5900	0.21%	13 700	6 448 000	رواندا
0.64%	300									47 000	سيشيل
0.53%	166 000					98.0%	310 000		24 000	31 700 000	جنوب أفريقيا
									8400	5 395 000	جنوب السودان
										21 364 000	أوغندا
										28 264 000	جمهورية تنزانيا المتحدة
0.23%	20 800									8 901 000	زامبيا
0.26%	20 900						23 300			8 000 000	زيمبابوي
-		0.16%		0.30%		0.73%		0.29%		النسبة الوسطية الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) أ. ب.	

■ تقدير حجم السكان على المستوى الوطني
■ تقدير حجم السكان المحليين
■ البيانات غير كافية
■ لا توجد بيانات

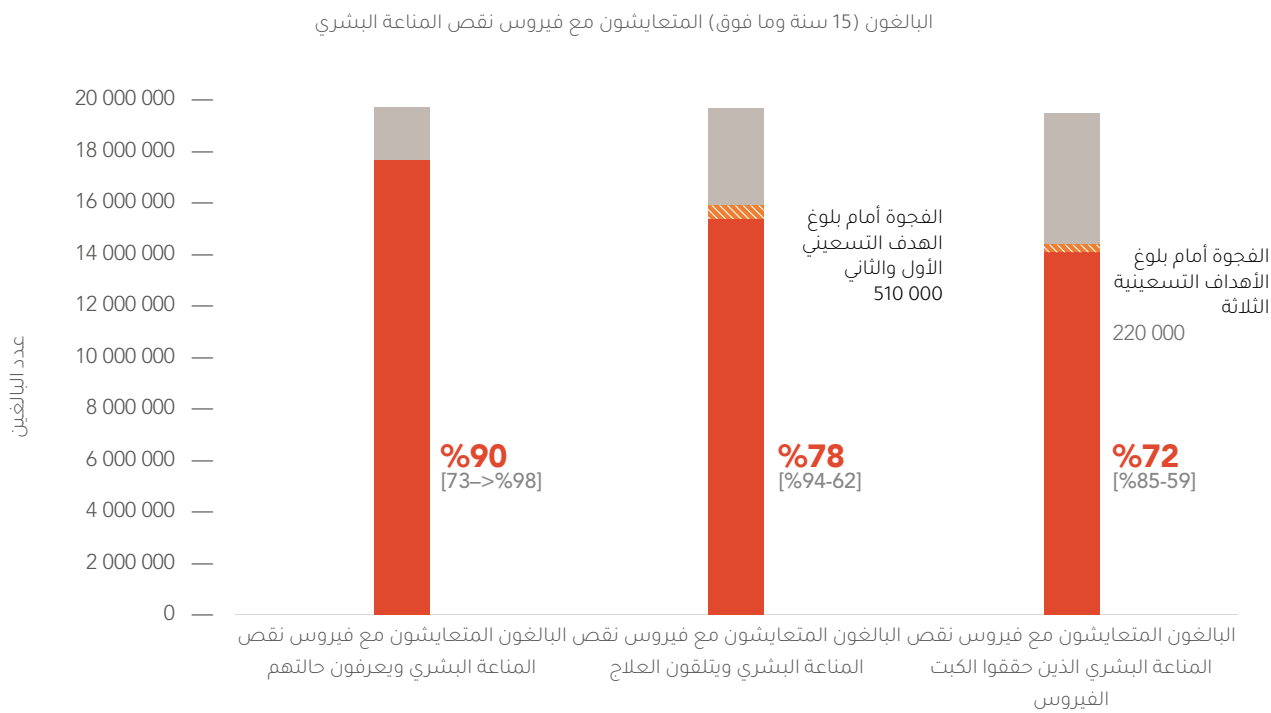
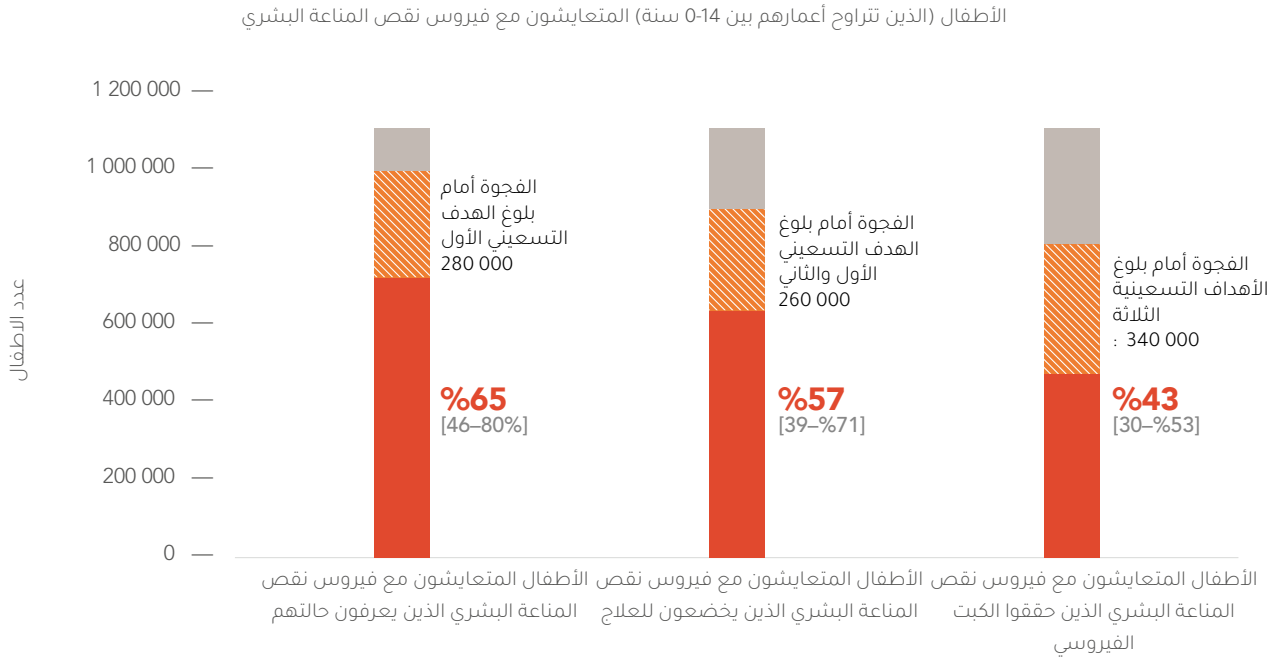
المصادر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) : نموذج Spectrum في برنامج Demproj للتحليل الديموغرافي، 2021: التوقعات السكانية في العالم 2019 [الإنترنت]. نيويورك: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة. 2020 (<https://population.un.org/wpp/>) (البيانات المخصصة التي يتم الحصول عليها عبر الموقع الإلكتروني).
أ. Quick Start Guide for Spectrum, 2020. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).
ب. Technical brief: recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: WHO, UNAIDS; 2020.
ملحوظة 1: التقديرات الواردة هي تقديرات قدمتها الحكومات وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2020. وقد تتوفر تقديرات إضافية وبدلية من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس المجموعات السكانية الرئيسية (<https://kpatlas.unaids.org/>) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.
ملحوظة 2: المناطق المشمولة بتقديرات حجم السكان المحليين هي كما يلي:
ليسوتو: بوتا بوت، ليريب، مافينج، ماسيرو.
مالاوي: بلانتيير تشيكواوا، تشيتيبا، ديدزا، كارونغا، كاسونغو، ليلونغوي، مانغوتشي، مولانجي، مزمبا، مزوزو، نكاكا باي، نخوتاكوتا، ننشو، نتشيسي، نسانجي، رومفي، ثيلو، زومبا.
رواندا: كيغالي.
جنوب إفريقيا: مترو كيب تاون، مترو ديربان، مترو جوهانسبرج.
جنوب السودان: واو ويامبيو.
زيمبابوي: بولاوايو وهراري.

الشكل 13.9 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، النساء (الفئة العمرية +15) مقارنة بالرجال (الفئة العمرية +15)، شرق وجنوب إفريقيا، 2020



المصدر: تحليل خاص ببرنامح الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

الشكل 13.8 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و14 عامًا) مقارنة بالبالغين (الذين تبلغ أعمارهم 15 عامًا فما فوق)، شرق وجنوب أفريقيا، 2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Angola. Código Penal. Article 189 (https://governo.gov.ao/fotos/frontend_1/gov_documentos/novo_codigo_penal_905151145fad02b10cd11.pdf).
5. Eritrea. Penal Code. Article 314 (<https://www.refworld.org/pdfid/55a51ccc4.pdf>).
6. Eswatini. The Crimes Act, 61 of 1889. Article 49 (<http://www.osall.org.za/docs/2011/03/SwazilandCrimes-Act-61-of-1889.pdf>); Eswatini. Sexual Offences and Domestic Violence Act, 2018. Articles 13–18.
7. Ethiopia. Penal Code (<https://www.refworld.org/docid/49216b572.html%22%3Ehttp://www.refworld.org/docid/49216b572.html%3C/a>>).
8. Namibia. Combating of Immoral Practices. Act 21 of 1980 (https://laws.parliament.na/cms_documents/combating-of-immoral-practices-2c85487772.pdf).
9. Rwanda. Organic Law Instituting the Penal Code. Section 4 (https://sherloc.unodc.org/res/cld/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda_html/Penal_Code_of_Rwanda.pdf).
10. Comoros. Code Penal 2020. Article 300 (<https://www.droit-afrique.com/uploads/Comores-Code-2020-penal.pdf>).
11. Mendos LR. State-sponsored homophobia, 2020. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; December 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf).
12. Kenya. Penal Code. Section 163–165 (<http://kenyalaw.org:8181/exist/kenyalex/actview.xql?actid=CAP.%2063>).
13. Mauritius. Criminal Code Act. Article 250 (<https://www.icac.mu/wp-content/uploads/2015/06/140318-Criminal-Code-Act.pdf>).
14. Uganda. The Penal Code Act. Section 145 (<https://www.refworld.org/docid/59ca2bf44.html>).
15. Zimbabwe. The Criminal Law (Codification and Reform) Act (Act No. 23) (2004). Article 73 (1) (<https://zimlil.org/zw/legislation/num-act/2004/23/Criminal%20Law%20%28Codification%20and%20Reform%2920Act%20%5BChapter%209-23%5D.pdf>).
16. Angola. Protocolo Servicios de Testagem para o VIH, 2017 (https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MV73.pdf).
17. Eswatini. The Children's Protection and Welfare Act, 2012. Sections 240–243 (<https://osall.org.za/docs/2011/03/Swaziland-Childrens-Protection-and-Welfare-Act-6-of-2012-Part-7.pdf>).
18. Ethiopia. HIV Testing Guidelines, 2007 (https://www.who.int/hiv/topics/vct/ETH_HCT_guidelinesJune26_clean.pdf).
19. Lesotho. Children's Protection and Welfare Act, 2011. Section 233 (<http://jafbase.fr/docAfrique/Lesotho/children%20act%20lesotho.pdf>).
20. Mozambique. Law 19/2014 Lei de Protecção da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego vivendo con HIV e SIDA. Article 26 (http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_361981/lang-en/index.htm).
21. Namibia. National Guidelines for Antiretroviral Therapy, 2016.
22. National Guidelines for prevention and management of HIV and STIs. Edition 2016. Rwanda Biomedical Centre, Republic of Rwanda Ministry of Health; 2016 (https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/rw_national_guidelines_hiv.pdf).
23. Angola. Lei nº8/04 sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_125156.pdf).
24. Global HIV Criminalisation Database [database]. Amsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
25. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).

ملحوظة: يعتبر أن بلدًا ما قد جرم العابرين/العابرات جنسيًا إذا استخدم القانون لمعاقبة الأفراد العابرين جنسيًا. وقد يجرم هذا القانون صراحةً على سبيل المثال، تقليد الجنس الآخر، بما في ذلك ارتداء ملابس الجنس الآخر. ويعتبر أن البلد لديه تجريم أو تشريع عقابي للعمل في مجال الجنس إذا ما تم تجريم بيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجريم الأنشطة الإضافية المرتبطة ببيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجريم الاستفادة من تنظيم و/أو إدارة الخدمات الجنسية، و/أو وجود لوائح عقابية و/أو إدارية أخرى للعمل في مجال الجنس.

الجدول 13.2 | القوانين العقابية والتمييزية، شرق وجنوب أفريقيا، 2021

القوانين
والسياسات

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لاستخراج تصاريح الزواج أو العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري، وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه أو التعرض له	موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام الشخصي	تجريم الممارسات الجنسية المثلية	تجريم العمل في مجال الجنس	تجريم العابرين/العابرات جنسياً
2		23	16	1	1	4	2
2		1	1	1	1	1	2
1		1	1	1	10	1	1
1		24			11	5	
1		1	17	1	2	6	2
1		1	18	1	1	7	3
1		1	1	1	12	1	1
2		2	19		1	1	2
1		1	1	1	1	1	1
1		2	2	1	1	1	1
2		2	1	1	13	1	2
2		2	20		2	2	2
1		1	21		2	8	2
2		3	22		11	9	3
2		2	2		2	2	2
1		1	1	1	1	1	1
2		2	2		2	2	2
1		1	1	1	14	1	1
1		1	1	1	1	1	1
1		1	1	1	1	1	1
1		1	1	1	15	1	1

تجريم العابرين/العابرات جنسياً

■ تجريم وملاحقة قضائية

■ لا تجريم ولا ملاحقة قضائية

■ البيانات غير متوفرة

تجريم العمل في مجال الجنس

■ أي تجريم أو لوائح عقابية خاصة بالعمل في مجال الجنس

■ العمل في مجال الجنس لا يخضع للوائح العقابية أو غير

مجرّم

■ المسألة محددة/تختلف على المستوى المحلي

■ البيانات غير متوفرة

تجريم الممارسات الجنسية المثلية

■ عقوبة الإعدام

■ الحبس (14 سنة-مدى الحياة، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد

العقوبة

■ إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم

تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد

■ البيانات غير متوفرة

القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام الشخصي

■ لا

■ نعم

■ البيانات غير متوفرة

موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري

■ نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا

■ نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 14 أو 16 عامًا

■ نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 12 عامًا

■ لا

■ البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه أو التعرض له

■ نعم

■ لا، لكن الملاحظات القضائية قائمة على أساس القوانين

الجنائية العامة

■ لا

■ البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم

■ الترحيل وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار

فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

■ منع الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار فيروس نقص

المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

■ طلب إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول

على بعض التصاريح

■ لا توجد قيود

■ البيانات غير متوفرة

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لتصاريح الزواج أو العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة

■ نعم

■ لا

■ البيانات غير متوفرة

دراسة حالة

الصحة والحقوق الإنجابية وإدماج فيروس نقص المناعة البشرية: نوادي المراهقات والأمهات المرتشدات في مالاي

-34,8% تم تحديد 75 من الأمهات المرشدات للمساعدة في توفير خدمات متكاملة للأقران (1). وفي المتوسط، تستقبل الأمهات المرشدات المجتمعات ما بين أربع وخمس عمليات يوميًا، وتستقبل الأمهات المرشدات في المرافق ما بين سبع وتسع عمليات يوميًا. وبالإضافة إلى الأمهات المرشدات، تم تدريب 198 عضوًا في لجنة تنمية المناطق على تثقيف المجتمعات المحلية بشأن الوقاية من كوفيد-19 وتحديد الحالات والإحالة إلى المرافق الصحية. كما تضمن التدريب التوجيهي أيضًا معلومات عن استمرارية الخدمات في ظل القيود المرتبطة بالجائحة.

وقد نظم أعضاء اللجنة والأمهات المرشدات المشاركة المدنية لمواجهة كوفيد-19، حيث بلغ عدد المراهقات والمراهقين 6810، وأقاموا 420 جلسة جماعية حول حقوق الإنسان وفيروس نقص المناعة البشرية والعنف القائم على النوع الاجتماعي. وساعدت المرشدات 5173 من المراهقات الحوامل والأمهات الشابات على حضور الزيارات الأربع الموصى بها قبل الولادة وخدمات الرعاية بعد الولادة خلال 12 شهرًا. وانطلاقًا من روح إشراك الشركاء الذكور، انضم 1342 من الذكور إلى شركائهم الإناث للحصول على خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية في المرافق المستهدفة. وساعدت الأمهات المرشدات في تتبع ودعم 100% من العملاء الذين فاتتهم المواعيد الأولية في عيادة ما قبل الولادة، وفحص 100% من الرضع المولودين لنساء متعايشات مع فيروس نقص المناعة البشرية للكشف عن الفيروس في غضون شهرين، على أن يتم على الفور علاج أولئك الذين ثبتت إصابتهم بالفيروس (2).

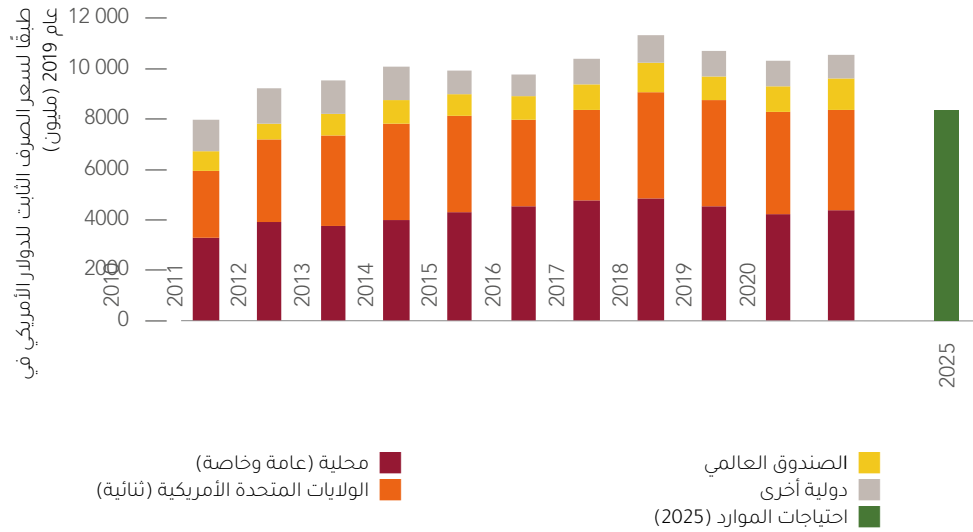
أحرزت مالاي تقدمًا كبيرًا نحو تحسين النواتج الصحية، بما في ذلك في مجال فيروس نقص المناعة البشرية والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. بيد أن جائحة كوفيد-19 هددت بضيق هذه المكتسبات، حيث أدت إلى تعطيل تقديم الخدمات على مستوى المجتمعات المحلية والمرافق الصحية على حد سواء. وقد بُذلت جهود خاصة في عام 2020 للتغلب على التحديات المتصلة بكوفيد-19 وتحسين فرص الحصول على خدمات الصحة الجنسية والصحة في مالاي، بما في ذلك صحة الأم والطفل وخدمات فيروس نقص المناعة البشرية للمراهقين والشباب والنساء.

وقد قامت وكالات الأمم المتحدة الأربع المشاركة في برنامج "معًا من أجل الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية" (2gether 4 SRHR)-منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز- بإشراك واضعي السياسات لوضع مبادئ توجيهية لضمان استمرارية واستدامة الخدمات الصحية للأمهات وحديثي الولادة. وبسبب القيود المفروضة على التجمعات، أصبح التواصل المجتمعي من خلال الأمهات المرشدات-نساء المجتمع المحلي من المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشرية اللائي يستطعن خدمة أقرانهن من خلال تجاريهن الشخصية المباشرة- أكثر أهمية.

وفي مقاطعة مولانجي في مالاي-التي بلغ معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في صفوف النساء (من سن 15 إلى 64 عامًا) بها 19,8% في عام 2020 ومعدل حمل المراهقات

الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز

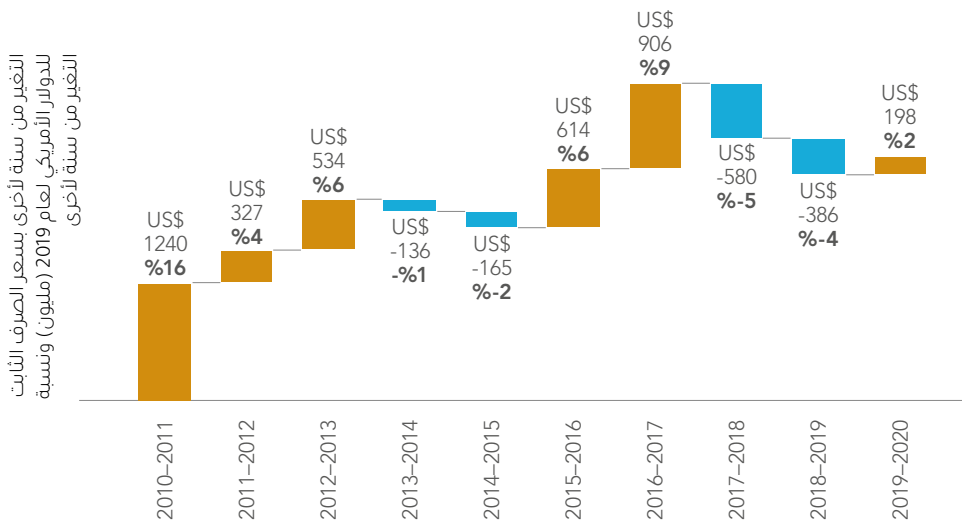
نجحت منطقة شرق وجنوب أفريقيا في حشد الموارد اللازمة للتصدي للإيدز في المنطقة خلال العقد الماضي. وقد زادت الموارد المحلية والدولية بنسبة 33% بين عامي 2010 و2020. وقد حدثت معظم هذه الزيادة خلال الفترة 2010-2017، حيث تقلصت الموارد في السنوات القليلة الماضية. وفي عام 2020، ساهمت خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا على التوالي بنسبة 38% و11% من الموارد الإقليمية. وتم حشد 41% أخرى من الموارد من مصادر محلية. وكان حجم الموارد المتاحة في عام 2020 مماثلاً لحجم الموارد المطلوب في عام 2025. ومع ذلك، لم تُخصَّص نسبة كبيرة من موارد عام 2020 لمجالات البرامج أو المجموعات السكانية التي تعاني من أكبر الفجوات، مما يحد من تأثيرها. وسيكون من الضروري أن تشدد المنطقة على عمليات تخصيص الكفاءة التقنية وتنفيذها في برامجها من أجل استخدام الموارد المتاحة بمزيد من الفعالية.



الشكل 13.10 | توافر الموارد اللازمة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري، شرق وجنوب أفريقيا، 2010-2020، والاحتياجات المقدرة من الموارد اللازمة للتصدي للفيروس بحلول عام 2025

المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

ملحوظة: تعتمد تقديرات الموارد طبقاً لسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2019.



الشكل 13.11 | التغير من سنة إلى سنة أخرى في توافر الموارد اللازمة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري، شرق وجنوب أفريقيا، 2010-2011 إلى 2019-2020

المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org>)

1. Malawi. Demographic and Health Survey, 2015–2016. Zomba and Rockville (MD): National Statistical Office [Malawi], the DHS Program; 2017 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR319/FR319.pdf>).
2. 2gether 4SRHR program quarterly report 2020. Lilongwe: UNFPA; 2020.
3. Schermbrucker K. Teen Clubs – Taking Steps Towards Tomorrow. In: UNICEF.org [Internet]. 4 November 2020. Lilongwe: UNICEF Malawi (<https://www.unicef.org/malawi/stories/teen-clubs-taking-steps-towards-tomorrow>).

المراهقين والقصر. وتعد المؤسسة اجتماعات دورية بين موظفي الصحة في المقاطعات وموظفي المستشفيات، والسلطة القضائية، والشرطة، ووزارة الصحة، ووزارة الشؤون الجنسانية والأطفال والإعاقة والرعاية الاجتماعية. كما تم إنشاء مركز خدمات شامل بمقر مستشفى مقاطعة مولانجي لضحايا العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي.

ويقول الدكتور موريس تشالوسا، وهو أحد العاملين بمستشفى مقاطعة مولانجي: "إن فائدة المركز الشامل للناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي هي أنه يمكنهن الوصول إلى جميع الخدمات-من الخدمات الاجتماعية إلى الخدمات الطبية والشرطة-في مكان واحد". قبل المركز الشامل، كانت حالات العنف الجنسي تستغرق أكثر من عامين حتى تنتقل إلى المحكمة. ولكن الآن صار الأمر يستغرق أقل من شهر واحد.

ويهدف توسيع وتنفيذ بيانات آمنة وحاضنة للمراهقين-مثل نوادي المراهقين والمراهقات-إلى إقامة علاقات داعمة وزيادة احترام الذات لدى المراهقين والمراهقات وتشجيعهم على العيش بشكل إيجابي، مع فيروس نقص المناعة البشري أو بدونه.

يتزايد القلق إزاء العنف ضد النساء والفتيات في مالاوي، إذ ارتفعت نسبة النساء اللاتي تعرضن للعنف الجسدي منذ بلوغهن سن 15 عامًا من 28% في عامي 2004 و2010 إلى 34% في الفترة 2015-16 (1).

وقد أنشأت منظمة اليونيسيف، بالتعاون مع شركائها، نوادي للمراهقين والمراهقات في مالاوي لمساعدة المراهقين المتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري على مواجهة التحديات المرتبطة بالفيروس، بدعم من أخصائيين صحيين واجتماعيين مدربين. وفي إطار برنامج "معا من أجل الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية" تعمل اليونيسيف على دمج خدمات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في برنامج نوادي المراهقين (3).

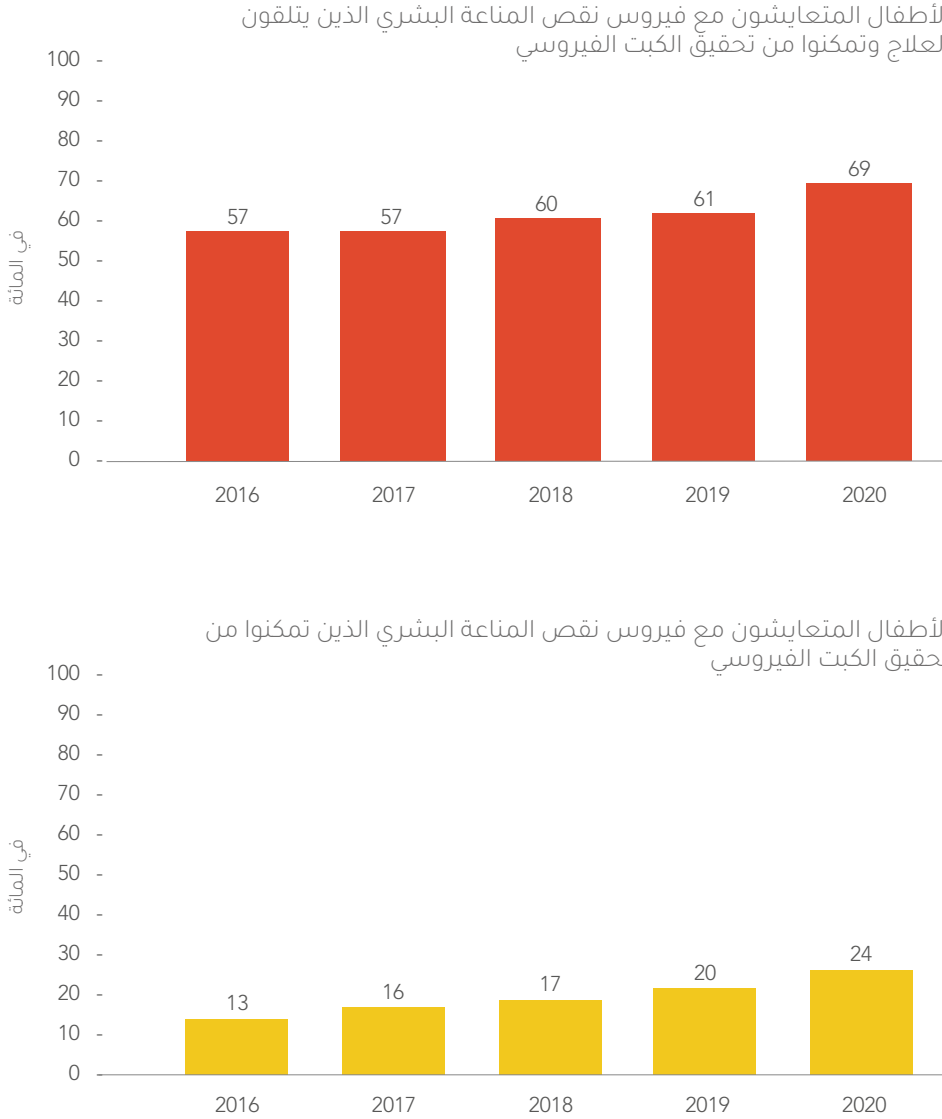
وتقول كارولين، وهي عضوة بنادي المراهقين: "لقد علمني التدريب المزيد عن تنظيم الأسرة وسوء المعاملة"، مضيفة إن "الفريق يساعد أيضًا أولئك الذين يتعرضون لسوء المعاملة. والآن أنا قادرة على تعريف الناس بماهية سوء المعاملة وما الذي يجب عليهم فعله".

وبالإضافة إلى ذلك، ما فتئت مؤسسة بابلور مالاوي-بدعم من منظمة اليونيسيف-تساعد على تنسيق إدارة حالات العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي في المقاطعة، ولا سيما تلك التي تشمل



بريسكا البالغة من العمر 16 عامًا (بالقميص الأصفر)، وهي قائدة لإحدى المجموعات الشبابية، وميريا البالغة من العمر 19 عامًا (بالقميص الأبيض)، وهي مناصرة لقضايا المراهقين، تستمتعان باللهو معًا خلال اجتماع لنادي المراهقين في مولانجي، مالاوي. الصورة: منظمة اليونيسيف، مالاوي/شيرميروك

الشكل 14.1 | نسبة الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين صفر و14 سنة) المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري مع تحقيق الكبت الفيروسي، غرب ووسط أفريقيا، 2016-2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

يتمثل التحدي الوحيد الأكبر أمام علاج الأطفال في غرب ووسط أفريقيا في سرعة العثور على الأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وربطهم بالرعاية. وفي عام 2020، لم يتمكن سوى 24% فقط من الأطفال المتعايشين مع الفيروس في المنطقة من تحقيق الكبت الفيروسي (الشكل 14.1). ويعد اختبار المؤشر المستند إلى الأسرة وإدماج فحص فيروس نقص المناعة البشري مع خدمات صحة الطفل الأخرى أمراً بالغ الأهمية لسد هذه الفجوة. وتُظهر البيانات أنه بمجرد تشخيص الأطفال وربطهم بالرعاية، تسير الأمور بشكل جيد مع غالبيتهم، حيث تمكن 7 من كل 10 أطفال يتلقون العلاج من تحقيق الكبت الفيروسي.

الإجراءات ذات الأولوية للقضاء على الإيدز

■ الحد من الوصم والتمييز والعنف القائم على النوع الاجتماعي عن طريق تغيير المعايير الاجتماعية الضارة الخاصة بالنوع الاجتماعي وغيرها من المعايير الاجتماعية التمييزية، وعن طريق تهيئة بيئة مواتية للصحة.

■ كفاءة التأهب لتقديم خدمات شاملة في مجال فيروس نقص المناعة البشري أثناء حالات الطوارئ الإنسانية والجوائح.

■ توسيع نطاق الوقاية العالية الأثر من فيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية والمراهقات والشباب.

■ تعزيز النظم الصحية التي تركز على الناس، بما في ذلك النظم المجتمعية، لتحقيق النتائج لأكثر الفئات عرضة للإصابة.

■ سد الثغرات القائمة في توافر الخدمات والاستفادة من علاج فيروس نقص المناعة البشري للأطفال لمنع انتقال العدوى من الأم إلى طفلها.

■ تعزيز الاستجابة المسؤولة والشاملة والمستدامة لفيروس نقص المناعة البشري من خلال الشراكات المتعددة القطاعات، ويشمل ذلك قضايا أخرى بخلاف فيروس نقص المناعة البشري.

■ إنشاء غرف للحالة الصحية، وتحسين تتبع الموارد ووضع تحليلات جديدة للتقديرات الوبائية، بما في ذلك تحليل مساهمات المجموعات السكانية الرئيسية في أوبئة محددة.



غرب ووسط أفريقيا

تشهد

الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في جميع أنحاء غرب ووسط أفريقيا تقدماً، ولكن ليس بالسرعة الكافية للقضاء على الإيدز باعتباره تهديداً للصحة العامة بحلول عام 2030. فخلال العام الماضي، أدت جائحة كوفيد-19 إلى تعطيل الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري والخدمات الصحية الأخرى، كما أبرزت ضعف الناس في المنطقة أمام الصدمات الصحية العامة والمناخية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية، فضلاً عن الحاجة الملحة إلى وجود نظم للحماية الاجتماعية الشاملة.

وقد تراجعت حالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة بنسبة 37% في عام 2020 مقارنة بعام 2010 وهو تقدم مطرد، ولكنه أقل بكثير من النسبة التي أقرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة لخفض الإصابات الجديدة والتي تبلغ 75%. كما شهدت المنطقة أكثر من ثلث الإصابات الجديدة بالفيروس بين الأطفال على الصعيد العالمي في عام 2020، مما يعكس استمرار وجود ثغرات في الجهود الرامية إلى منع انتقال العدوى من الأم إلى وليدها، بما في ذلك انخفاض تغطية الخدمات الصحية للأمهات والمواليد الجدد. وبشكل عام، بلغت نسبة الحوامل المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري في غرب ووسط أفريقيا اللائي لا يتلقين العلاج المضاد للفيروسات القهقرية 44% في عام 2020.

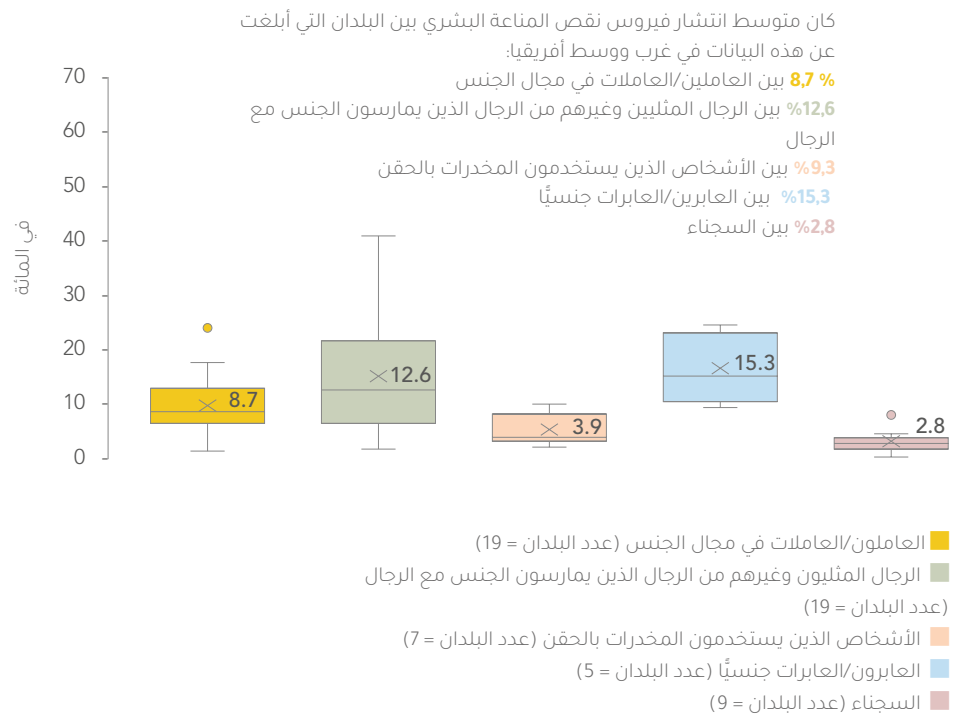
وشكلت المجموعات السكانية الرئيسية وشركائهم الجنسيون 72% من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في صفوف البالغين، ومثلت النساء والفتيات (اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة) 65%. ولا تزال المراهقات والشابات يتأثرن بشدة بفيروس نقص المناعة البشري، مع ارتفاع معدل انتشار العنف ضد النساء والفتيات نسبياً، وهو من عوامل الخطر التي تسهم في ذلك.

وزادت تغطية اختبار فيروس نقص المناعة البشري والعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية بوتيرة أسرع في السنوات الأخيرة، حيث تلقى ما يقرب من ثلاثة أرباع (73%) المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2020 وحقق 59% منهم كبت الحمل الفيروسي. غير أنه لم يتم تحقيق الكبت الفيروسي سوى لدى 24% فقط من الأطفال (من سن 0 إلى 14 عامًا) المتعايشين مع الفيروس في نفس العام، حيث تتمثل الثغرات الرئيسية في ضعف العثور على الحالات وربطها بالعلاج.

ومن الضروري وجود قيادة سياسية أقوى وشراكات فعالة متعددة القطاعات لإضفاء قدر أكبر من المرونة على النظم الصحية، وحشد المزيد من الموارد المحلية اللازمة لعمل تدخلات واسعة التأثير، وتخصيص تلك الموارد للبرامج التي تركز على المجموعات السكانية الرئيسية، وإلغاء رسوم المستخدم وغيرها من الحواجز القانونية والسياساتية التي تحول دون الاستفادة من الخدمات المنقذة للحياة. ويتطلب تحقيق الأهداف المنشودة بشأن الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري لعام 2025 التغلب على الحواجز المرتبطة بحقوق الإنسان والنوع الاجتماعي، مثل الوصم والتمييز المرتبطين بفيروس نقص المناعة البشري، وتجريم المجموعات السكانية الرئيسية وغيرها من القوانين العقابية، والأدوار التقليدية الموكلة للجنسين والتي تتغاضى عن العنف وتقوض النساء والفتيات. وثمة حاجة أيضاً إلى مواصلة تحويل النظم الصحية من خلال تعزيز طرائق الخدمات التي تركز على الناس.

وتقوم المنظمات المجتمعية وغيرها من منظمات المجتمع المدني (مثل المؤسسات الدينية) بأدوار أقوى في الاستجابة الإقليمية. وتكتسي هذه المنظمات أهمية حاسمة بالنسبة للوصول إلى المجموعات السكانية الرئيسية وغيرهم من السكان المهمّلين بالخدمات المناسبة، بما في ذلك زيادة الوصول إلى العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى. ومن المتوقع أن يساعد معهد المجتمع المدني لغرب ووسط أفريقيا على توسيع نطاق هذه الأنشطة، بهدف توسيع نطاق الخدمات التي يقودها المجتمع المحلي في المنطقة الملحة إلى وجود نظم للحماية الاجتماعية الشاملة.

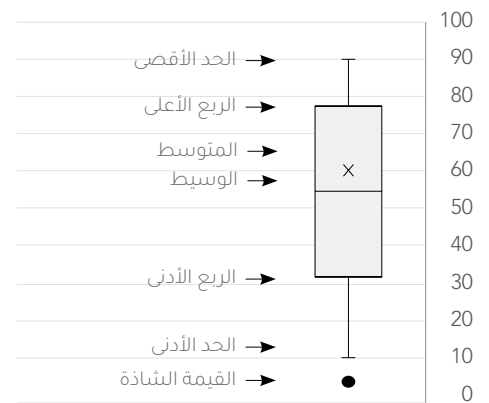
الشكل 14.4 | معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية، البلدان المبلغة في غرب ووسط أفريقيا، 2016-2020



المصدر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

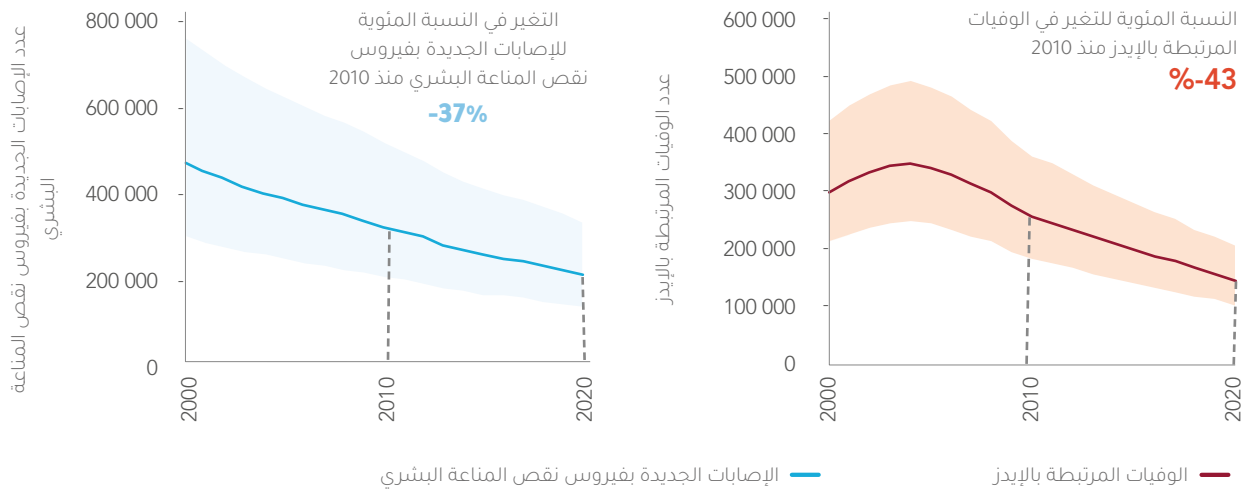
ملحوظة: العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 25

كيف تقرأ هذا الرسم البياني

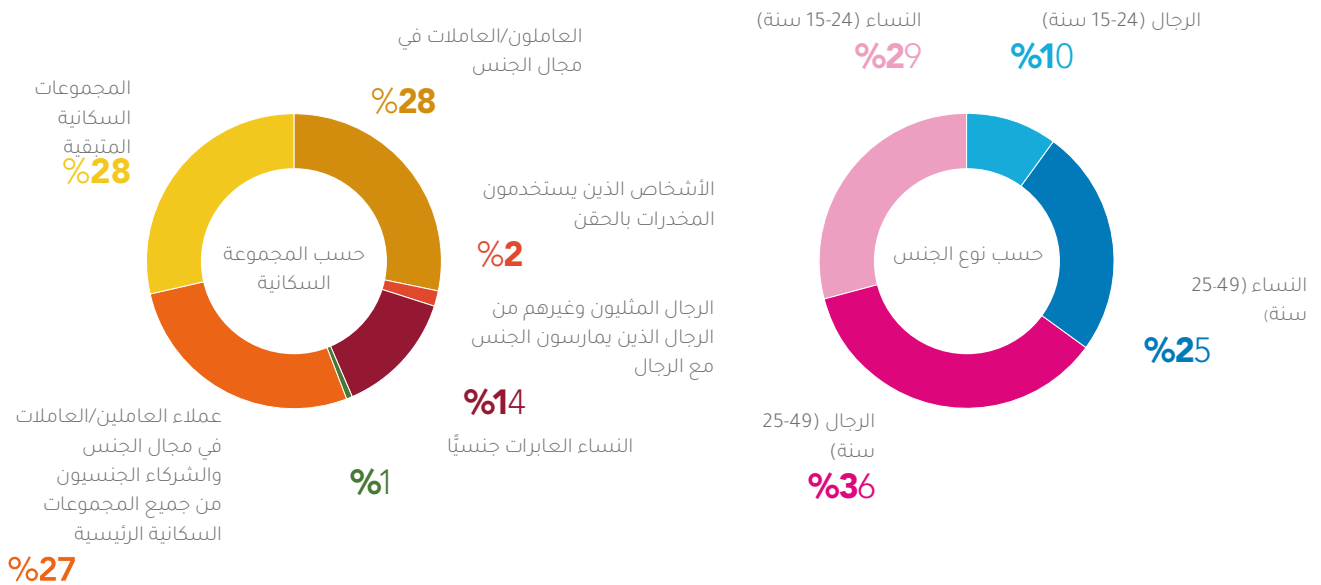


حالة الجائحة

الشكل 14.2 | عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، غرب ووسط أفريقيا، 2000-2020

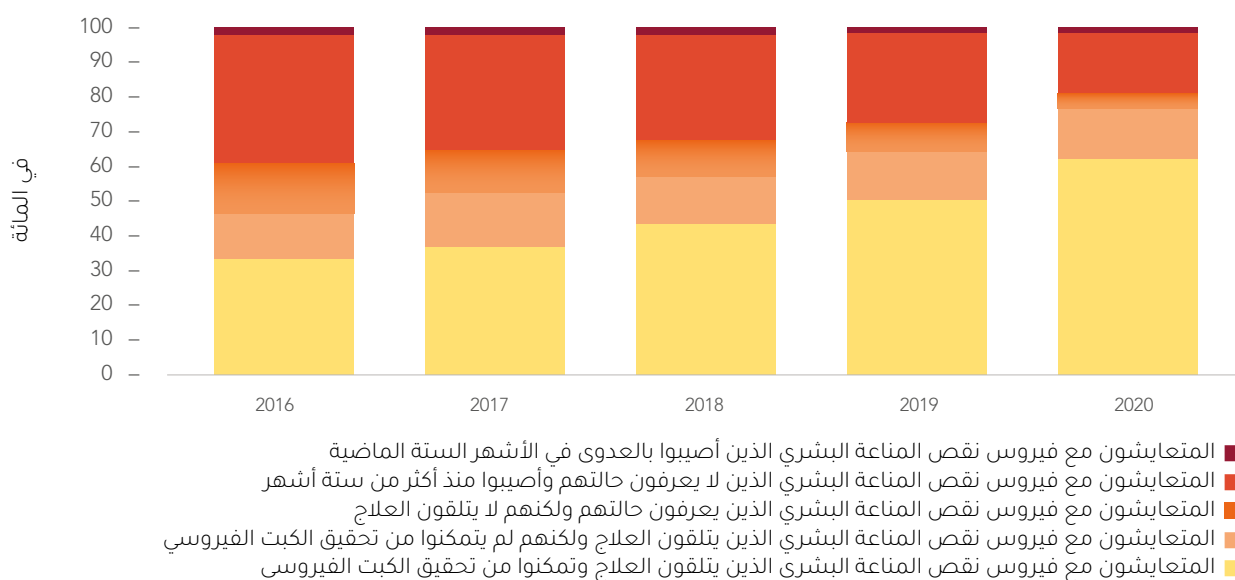


الشكل 14.3 | توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب المجموعة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)، غرب ووسط إفريقيا، 2020



خدمات فيروس نقص المناعة البشري

الشكل 14.5 | المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والمصابون حديثاً بالعدوى في الأشهر الستة الماضية، وسلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الفئة العمرية +15)، غرب ووسط أفريقيا، 2016-2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

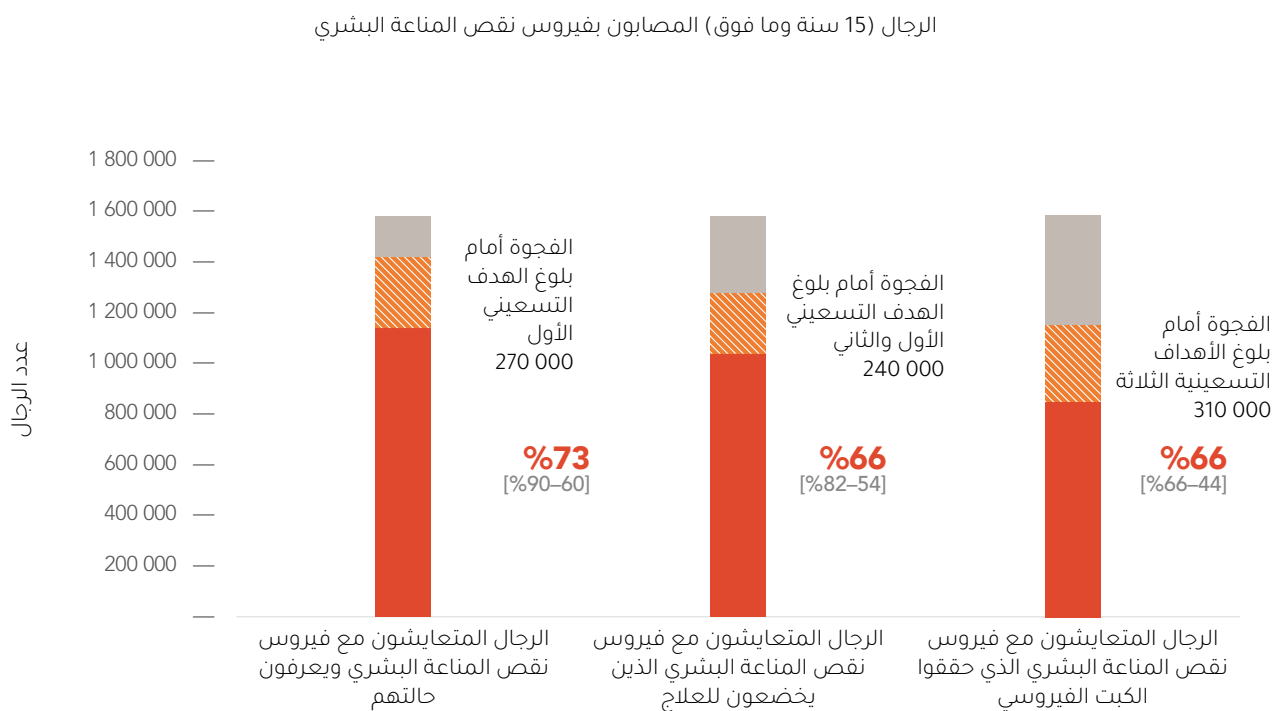
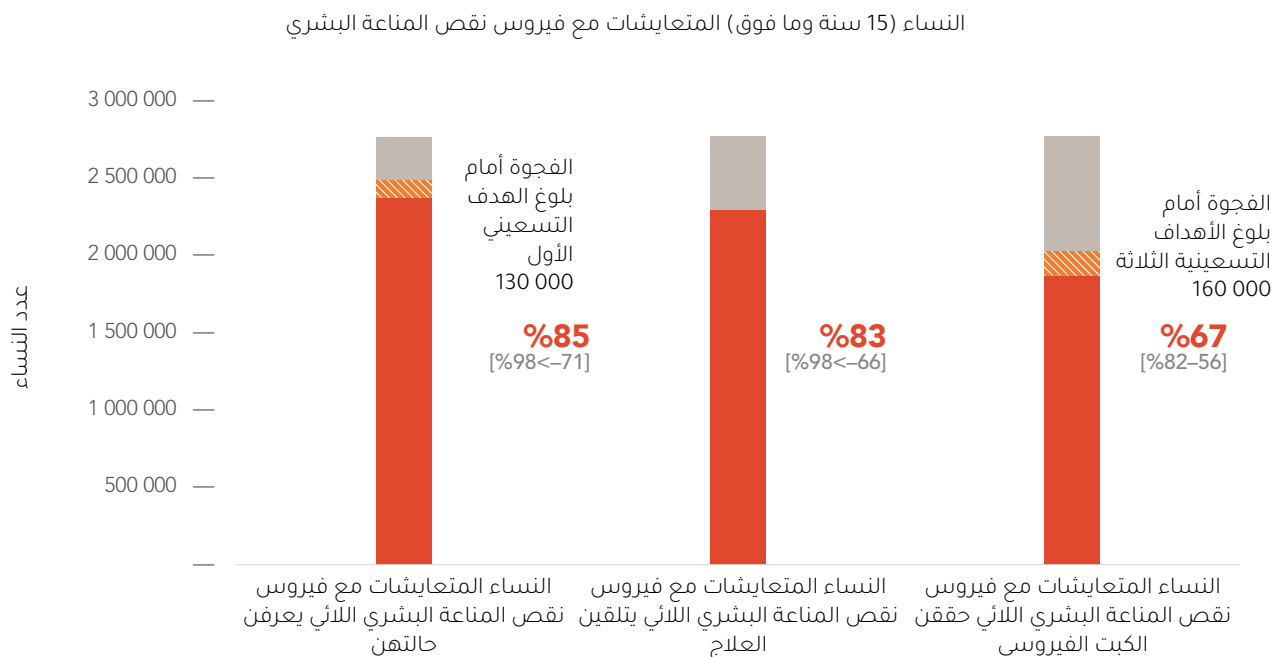
الجدول 14.1 | الحجم التقديري المُبَلَّغ عنه للمجموعات السكانية الرئيسية، غرب ووسط أفريقيا، 2018-2020

السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	السجناء	العابرون/العابرات جنسيًا كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	العابرون/العابرات جنسيًا	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	العاملون/العاملات في مجال الجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	العاملون/العاملات في مجال الجنس	السكان البالغون على المستوى الوطني (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) في عام 2020 أو في العام ذي الصلة	
										12 900 000	الكاميرون
							3000		3900	2 300 000	جمهورية أفريقيا الوسطى
					700		2100		19 500	7 500 000	تنشاد
33.0%	42 400		700		3000		56 000			12 900 000	كوت ديفوار
0.07%	36 700			0.34%	156 000			0.76%	350 000	49 300 000	جمهورية الكونغو الديمقراطية
0.06%	700						1700			1 100 000	غامبيا
							4100		18 100	9 000 000	مالي
							7600		8500	2 100 000	موريتانيا
				0.32%	326 000					103 000 000	نيجيريا
						0.53%	53 700			10 100 000	النيجر
14.0%	11 000			0.01%	900	0.66%	52 500			7 900 000	السنغال
0.13%	5000									4 000 000	توغو
-		-		0.05%		0.64%		0.60%			النسبة الوسطية الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) ^{أ ب}

■ البيانات غير كافية ■ تقدير حجم السكان على المستوى الوطني
■ لا توجد بيانات ■ تقدير حجم السكان المحليين

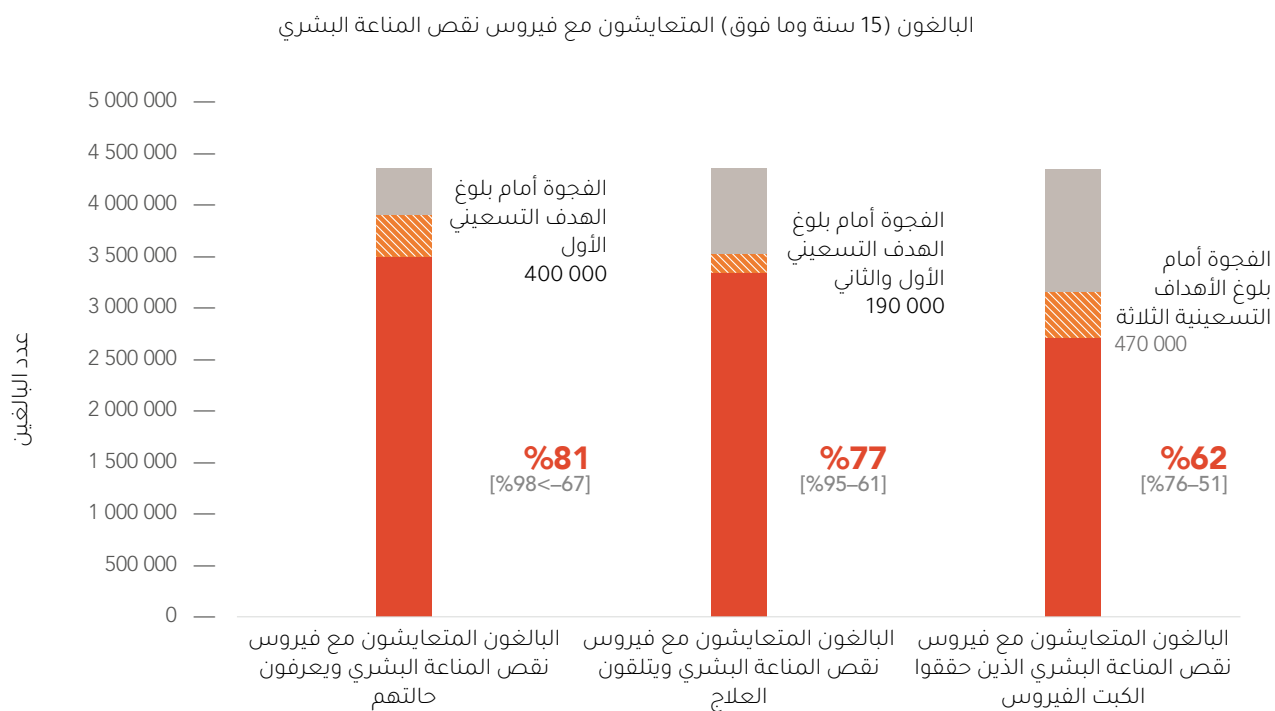
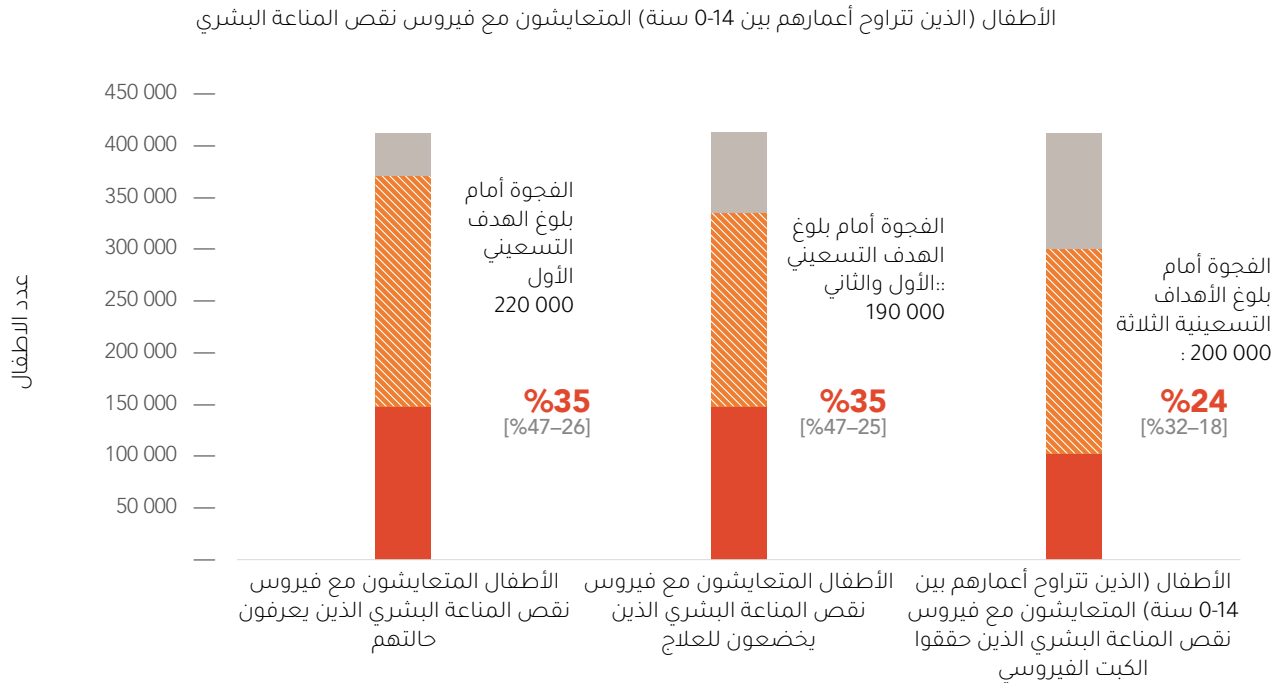
المصادر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>)؛ نموذج Spectrum في برنامج DemproJ للتحليل الديموغرافي، 2021.
أ Quick Start Guide for Spectrum، 2020. Geneva: UNAIDS؛ 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).
ب Technical brief: recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: WHO، UNAIDS؛ 2020.
ملحوظة 1: التقديرات الواردة هي تقديرات قدمتها الحكومات وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2020. وقد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس المجموعات السكانية الرئيسية (<https://kpatlas.unaids.org/>) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.
ملحوظة 2: المناطق المشمولة بتقديرات حجم السكان المحليين هي كما يلي:
جمهورية أفريقيا الوسطى: العاصمة (بانغي)، المحافظات (بيريبراتي وبوار)، المحافظات الفرعية (بوالي وكارنو).
تنشاد: إحدى عشرة مدينة في البلاد.
كوت ديفوار: أينيغورو، أبيدجان، بواكي، ديفو، غاغوا، إيسيا، كورهغو، مان، أوأنغولودوغو، سان-بيدرو، ياكرو (الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال)؛ بواكي، سان-بيدرو، ياموسوكرو (الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن)؛ أبيدجان (الأشخاص العابرون جنسيًا).
غامبيا: بانجول.
مالي: باماكو، كايس، كوليكورو، موبتي، سيغو، سيكاسو (العاملون/العاملات في مجال الجنس)؛ باماكو، غاو، كايس، كوليكورو، موبتي، سيغو، سيكاسو (الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال).
موريتانيا: أكبر ست مدن في البلاد.
ملحوظة 3: القيم المبلغ عنها للرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال معروضة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) من أجل الاتساق عبر المجموعات السكانية الرئيسية. وستكون النسبة المئوية لهذه المجموعة من السكان الذكور البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) تقريبًا ضعف القيم الموضحة.

الشكل 14.7 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، النساء (الفئة العمرية +15) مقارنة بالرجال (الفئة العمرية +15)، غرب ووسط إفريقيا، 2020



المصدر: تحليل خاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

الشكل 14.6 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 14 عامًا) مقارنة بالبالغين (الفئة العمرية +15)، غرب ووسط أفريقيا، 2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021

المصادر

1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Benin. Penal Code 2018 (<https://assemblee-nationale.bj/wp-content/uploads/2020/03/le-nouveau-code-penal-2018.pdf>).
5. Burkina Faso. Penal Code 2019. Article 533-20; Burkina Faso. Loi no. 025-2018. Articles 533-20, 533-27, 533-28 (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b5cc0.html>).
6. Burundi. Penal Code 2009. Article 538 and 548 ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc-37c125707300338af2/\\$FILE/Code%20P%20P%20a9nal%20du%20Burundi%20.pdf](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc-37c125707300338af2/$FILE/Code%20P%20P%20a9nal%20du%20Burundi%20.pdf)).
7. Cabo Verde. Penal Code, 2004. Article 148 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/pt/cv/cv001pt.pdf>).
8. Côte d'Ivoire. Penal Code (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b5860.html%22%3Ehttp://www.refworld.org/docid/3ae6b5860.html%3C/a%3E%3C/p%3E>).
9. Equatorial Guinea. Penal Code. Article 452(bis) (<https://acjr.org.za/resource-centre/penal-code-of-equatorial-guinea-1963/view>).
10. Gabon. Penal Code, 2018. Article 402-1 (<http://www.droit-afrique.com/uploads/Gabon-Code-2019-penal.pdf>).
11. Gambia. Criminal Code. Article 248 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mu/mu008en.pdf>).
12. Guinea. Penal Code. Articles 346 and 351 (<https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html>).
13. Sierra Leone. Sexual Offences Act. Article 17 (<http://www.sierra-leone.org/Laws/2012-12.pdf>).
14. Mendos LR. State-sponsored homophobia, 2020. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; December 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf).
15. Guinea. Penal Code 2016. Article 274 (<https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html>).
16. Senegal. Code Penal. Art 319 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/70562/85594/F-2143944421/SEN-70562.pdf>).
17. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2018 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
18. Chad. Loi N°019/PR/2007 du 15 Novembre 2007 portant lutte contre VIH/SIDA/IST et protection des Droits des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA. Articles 10 and 21 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf).
19. Sexual Rights Initiative database [database]. Sexual Rights Initiative; c2016 (<http://sexualrightsdatabase.org/map/21/Adult%20sex%20work>).
20. Equatorial Guinea. Article 25 Ley N 3/2005 de fecha 9 de mayo sobre la prevencion y la lucha contra las infecciones de transmision sexual/VIH SIDA y la defensa de los derechos humanos de las personas afectada.
21. Guinea. Loi L/2005025/AN. Adoptant et promulguant la loi relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA, 2005 (<http://www.ilo.org/aids/legislation/lang--en/index.htm>).
22. Mali. Normes et Procédures des Services de Dépistage du VIH au Mali: Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA, 2017.
23. Global HIV Criminalisation Database [database]. Amsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
24. Chad. Loi N°019/PR/2007 du 15 novembre 2007 portant lutte contre VIH/SIDA/IST et protection des Droits des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA. Articles 50–55 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf).
25. Sierra Leone. Prevention and Control of HIV and AIDS Act 2007. Section 21.3 (<https://sierralii.org/sl/legislation/act/2007/8>).
26. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
27. Côte d'Ivoire. Loi organique no. 2014-424 du 14 juillet 2014. Article 4 (<https://www.pnlsoci.com/wp-content/uploads/2020/08/LOI-VIH-PROMULGUEE.pdf>).
28. Guinea-Bissau. Decreto-Lei n° 2-B, de 28 de Outubro de 1993 (<https://fecongdo.org/pdf/crianca/CodigoPenal.pdf>).

ملحوظة: يعتبر البلد قد جرم العابرين/العابرات جنسياً إذا استخدم القانون لمعاقبة الأفراد العابرين جنسياً. وقد يجرم هذا القانون صراحة، على سبيل المثال، تقليد الجنس الآخر، بما في ذلك ارتداء ملابس الجنس الآخر. ويعتبر أن البلد لديه تجريم أو تشريع عقابي للعمل في مجال الجنس إذا ما تم تجريم بيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجرير الأنشطة الإضافية المرتبطة ببيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجرير الاستفادة من تنظيم و/أو إدارة الخدمات الجنسية، و/أو وجود لوائح عقابية و/أو إدارية أخرى للعمل في مجال الجنس.

القوانين والسياسات

الجدول 14.2 | القوانين العقابية والتمييزية، غرب ووسط أفريقيا، 2021

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لاستخراج تصاريح الزواج أو العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري، أو عدم الإفصاح عنه أو التعرض له	موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام الشخصي	تجريم الممارسات الجنسية المثلية	تجريم العمل في مجال الجنس	تجريم العابرين/العابرات جنسياً
1		1	2	1	1	4	1
1		1	1	1	1	5	1
17		23	17		14	6	3
		23			14	7	
1		23	1	1	1	1	1
1		1	1	1	1	1	1
1		24	18	1	1	1	1
2		2	2		2	2	2
1		1		1	1	8	1
2		23	19		2	2	2
1		1	20		1	9	1
1		2	2		14	10	2
1		23	2		14	11	
2		2	1	1	1	1	2
1		1	1	1	15	12	2
2		23	21	28	2	2	2
2		2	2		2	2	2
1		1	22	1	1	1	1
1		1	1	1	1	1	1
1		1	1	1	1	1	1
1		1	1	1	1	1	1
2		2	2		2	2	2
1		1	1	1	16	1	1
1		25	1	1	1	13	1
1		1	1	1	1	1	1

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري وإقامتهم

الترحيل وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

منع الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

ب إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

لا توجد قيود

البيانات غير متوفرة

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لتصاريح الزواج أو العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة

نعم

لا

البيانات غير متوفرة

القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام الشخصي

لا

نعم

البيانات غير متوفرة

موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 14 أو 16 عامًا

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 12 عامًا

لا

البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه أو التعرض له

نعم

لا

البيانات غير متوفرة

تجريم العابرين/العابرات جنسياً

تجريم وملاحقة قضائية

لا تجريم ولا ملاحقة قضائية

البيانات غير متوفرة

تجريم العمل في مجال الجنس

أي تجريم أو لوائح عقابية خاصة بالعمل في مجال الجنس

العمل في مجال الجنس لا يخضع للوائح العقابية أو غير

مجرّم

المساءلة محددة/تختلف على المستوى المحلي

البيانات غير متوفرة

تجريم الممارسات الجنسية المثلية

عقوبة الإعدام

الحبس (14 سنة-مدى الحياة، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد العقوبة

إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم تكن

موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد

البيانات غير متوفرة

دراسة حالة

تقديم أموال غير مشروطة للأسر المعيشية المهمشة أثناء جائحة كوفيد-19

أكدت جائحة كوفيد-19 على ضرورة أن تشمل الاستجابات الوبائية تدابير للحماية الاجتماعية التي تصل إلى السكان المهمشين وتفيدهم.

ومع اجتياح الجائحة لغرب ووسط أفريقيا في أوائل عام 2020، كانت المنطقة تعاني بالفعل من أزمات اجتماعية واقتصادية وإنسانية. وأدت القيود الاجتماعية المفروضة لاحتواء الجائحة إلى تفاقم تلك التحديات. وتضررت المجموعات السكانية الفقيرة والأكثر عرضة لخطر الإصابة بشدة، بمن فيهم المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية.

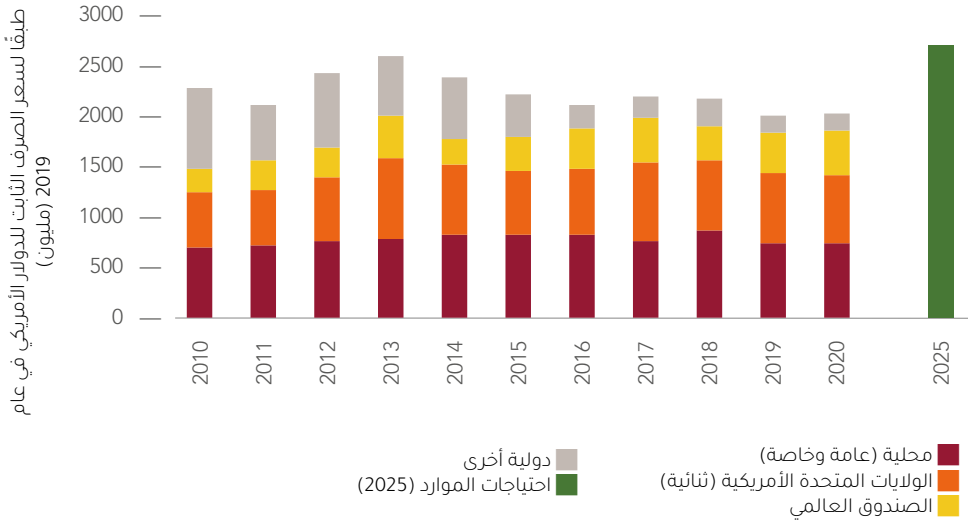
وكشفت الدراسات الاستقصائية التي أجريت في 17 بلدًا في المنطقة بشأن حالة واحتياجات المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري- بدعم من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، وبالشراكة مع شبكة الأشخاص الأفارقة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري في غرب أفريقيا (NAP+WA)، بين يونيو/حزيران وأغسطس/آب 2020- أن ما يصل إلى 80% من المتعايشين مع الفيروس في المنطقة يعانون من خسائر في سبل العيش، وأن أكثر من 50% منهم يحتاجون إلى مساعدات مالية و/أو غذائية (1).

وقد أقرنت هذه النتائج برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وبرنامج الأغذية العالمي بإطلاق مشروع تجريبي بشأن التحويلات النقدية غير المقتدة في يوليو/تموز 2020 لمساعدة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية على مواجهة تأثير فيروس نقص المناعة البشري وكوفيد-19. واختار المشروع التجريبي أربعة بلدان ذات أولوية هي بوركينا فاسو والكاميرون وكوت ديفوار والنيجر. وتهدف المبادرة إلى الاستفادة من الترتيبات القائمة لبرنامج الأغذية العالمي مع مقدمي الخدمات، ومن مشاركة المجتمع المحلي في البرنامج وعلاقاته بشبكات المجتمع المدني في البلدان الأربعة ذات الأولوية.

ويتزايد الاعتراف بالتحويلات النقدية بوصفها أحد الأشكال الفعالة للحماية الاجتماعية التي لها مردود إيجابي على الصعيدين الاجتماعي والاقتصادي. فهي توفر دعمًا للدخل وتساعد الأسر المعيشية على تجنب بيع ممتلكاتهم أو سحب أطفالهم من المدارس، كما أن لها آثارًا مضاعفة على الاقتصادات المحلية. وقد شكّلت التحويلات النقدية ما يقرب من 40% من نفقات شبكة الأمان الاجتماعي العالمية في عام 2018، ولكن أقل من 20% في غرب ووسط أفريقيا.

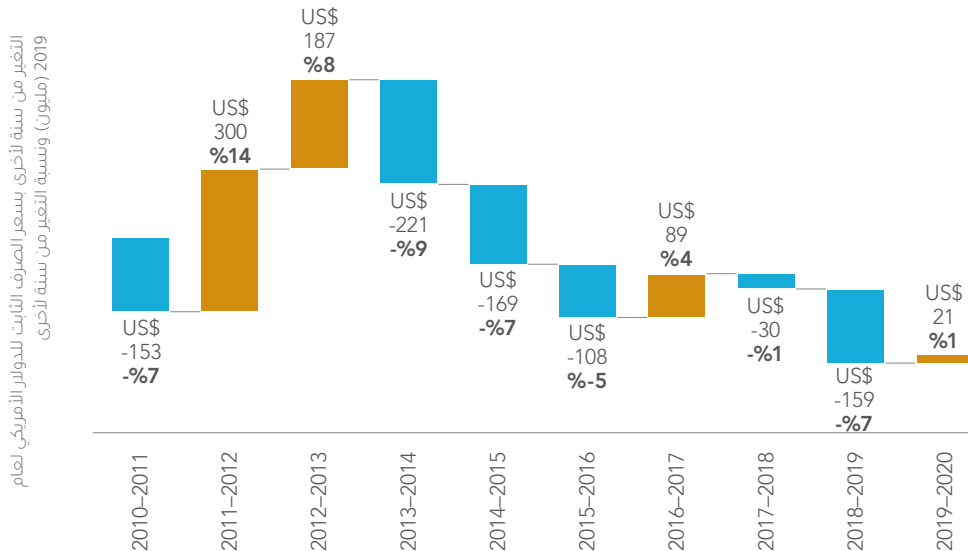
الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز

هناك فجوة كبيرة في التمويل في غرب ووسط أفريقيا؛ إذ تبلغ الموارد المتاحة من أجل التصدي لفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة في عام 2020 نحو ثلاثة أرباع المبلغ المطلوب تحقيقه في عام 2025. وانخفض إجمالي الموارد المخصصة للتصدي لفيروس في المنطقة بنسبة 11% بين عامي 2010 و2020. وزادت الموارد المحلية بنسبة 6% خلال العقد الماضي، وبلغت ذروتها في 2018 قبل أن تنخفض بنسبة 15% خلال العامين التاليين. وقد تغيرت مصادر التمويل الدولي بشكل كبير في المنطقة. وزادت خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا من مساهمتهما في المنطقة بنسبة 23% و85% بالترتيب، بين عامي 2010 و2020. في حين خفضت جميع الموارد الدولية الأخرى مساهماتها بنسبة 79%. ويجب تنمية الموارد الخارجية والمحلية على حد سواء من أجل تحقيق أهداف عام 2025. وسيتعين زيادة توافر الموارد لكل شخص متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري من 398 دولارًا أمريكيًا في عام 2020 إلى 539 دولارًا أمريكيًا بحلول عام 2025.



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>)

ملحوظة: تعتمد تقديرات الموارد طبقاً لسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2019.



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>)

الجدول 14.3 | أداء المبادرة التجريبية للتحويلات النقدية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز/برنامج الأغذية العالمي، أربعة بلدان ذات أولوية، غرب ووسط أفريقيا، 2020

الكامبيون	يوركينا فاسو	
952/1395	1000/1000	المستفيدون (العدد الذي تم الوصول إليه/العدد المستهدف)
4000–5000	5000	العدد التقديري للمستفيدين الثانويين
جميع مناطق البلاد	جميع مناطق البلاد	العدد التقديري للمستفيدين الثانويين المناطق الجغرافية موضع التركيز
- المتعاضون مع فيروس نقص المناعة البشري. - الشباب المتعاضون مع فيروس نقص المناعة البشري - الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. - العاملون/العاملات في مجال الجنس. - العابرون/العابرات جنسيًا. - الشباب الأكثر عرضة لخطر الإصابة.	- المتعاضون مع فيروس نقص المناعة البشري. - الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.. - العاملون/العاملات في مجال الجنس	السكان موضع التركيز
76,000 فرنك غرب أفريقي (136 دولارًا أمريكيًا)	76,000 فرنك غرب أفريقي (136 دولارًا أمريكيًا)	قيمة الحوالة النقدية
نقدًا عن طريق المؤسسات المالية	نقدًا عن طريق الهاتف المحمول	طريقة التوزيع
- تم الوصول إلى 952 أسرة معيشية. منهم: - 493 من البالغين المتعاضين مع فيروس نقص المناعة البشري - 85 شابًا من المتعاضين مع فيروس نقص المناعة البشري - 160 فتاة مراهقة وشابة - 121 من العابرين/العابرات جنسيًا والرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال - 91 من العاملين/العاملات في مجال الجنس - كان هناك تعاون وثيق مع منظمات المجتمع المدني، التي اضطلعت بدور استباقي ليس فقط في تحديد المستفيدين، ولكن أيضا في تسهيل العملية بالنسبة لهم لتلقي الحوالات النقدية. - أفاد المستفيدون من البرنامج أنهم يستخدمون المبالغ المحوّلة لأغراض الغذاء وفي إقامة أنشطة مدرة للدخل.	- تم الوصول إلى 1000 أسرة معيشية. منهم: - 641 من المتعاضين مع فيروس نقص المناعة البشري - 319 من العاملين/العاملات في مجال الجنس - 40 من الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال - كان 57% من المستفيدين من النساء. - استخدمت 62% من الأموال لشراء الطعام. - شملت الاستخدامات الرئيسية الأخرى سداد الديون وقيمة الإيجار والرعاية الصحية والمدخرات.	النتائج الرئيسية

معيشية. وقد تراوح حجم هذه التحويلات بين 88 دولار أمريكي لكل مستفيد (في كوت ديفوار) و136 دولارًا أمريكيًا (في الكاميرون).

وشاركت منظمات المجتمع المدني ومقدمو الخدمات المالية في عملية تخطيط المشروع التجريبي. وتقررت معايير الأهلية لتلقي التحويلات النقدية استنادًا إلى مجموعة متنوعة من معايير الضعف، وتم تحديد المستفيدين بدعم من المنظمات التي تقودها المجتمعات المحلية. كما تم اتخاذ خطوات إضافية شملت توعية المستفيدين وتوزيع التحويلات النقدية ورصد العملية.

وتم الوصول إلى نحو 4000 مستفيد، وتشير التقديرات إلى أن 19000 من أفراد الأسر المعيشية استفادوا أيضًا من التحويلات النقدية، التي توجه معظمها إلى نفقات الغذاء والرعاية الصحية والتعليم والإسكان، أو إلى الأنشطة المدرة للدخل (الجدول 14.3) (4). وتفاوتت التجارب القطرية.

وفي أعقاب تفشي جائحة كوفيد-19، اتجهت العديد من الحكومات إلى التحويلات النقدية المباشرة لحماية الأسر الأكثر عرضة لخطورة الإصابة (2). ومع انتشار الجائحة في جميع أنحاء غرب ووسط أفريقيا، لم يخصص سوى عدد قليل من البلدان (من بينها كوت ديفوار والسنغال) دعمًا إضافيًا للأسر المعيشية الأكثر عرضة لخطورة الإصابة في شكل تحويلات نقدية أو منح اجتماعية.

وبالإضافة إلى ذلك، لا توجد برامج وطنية للاستجابة لجائحة كوفيد-19 تركز بشكل خاص على المجموعات السكانية المهمشة والمعرضة للوصم والتمييز، مثل المجموعات السكانية الرئيسية والمتعاطشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وتتنزع البرامج القائمة أيضًا إلى أن تكون مجزأة ومحدودة جغرافيا في غرب ووسط أفريقيا، وهي لا تغطي دائما أفقر قطاعات المجتمعات وأكثرها عرضة لخطر الإصابة (3).

وكان الهدف المباشر هو تقديم تحويلات نقدية غير مشروطة لمرة واحدة إلى نحو 5000 أسرة



التوعية بفيروس نقص المناعة البشري وكوفيد-19، وتوزيع مستلزمات الدعم الغذائي والنظافة الصحية في كوت ديفوار. الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

دروس للمستقبل

من حيث عمق التعاون مع الشركاء المجتمعيين ومدى مشاركة الجهات الفاعلة الحكومية.

دروس للمستقبل وأظهرت التجربة المؤثقة في البرنامج التجريبي أن تقديم تحويلات نقدية سريعة إلى الأشخاص المهمشين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية الذين يعيشون في ظل ظروف صعبة للغاية أمر ممكن، وأنه يوفر دعمًا قيمًا في حالات الطوارئ (4).

وتشمل الدروس الحاسمة المستفادة ضرورة اتباع نهج شاملة ومرنة، والعمل بطرق واضحة وشفافة بالنسبة للشركاء المجتمعيين، وإشراك الشركاء المجتمعيين بشكل منهجي طوال العملية. ومن الأمور الحيوية أيضًا تحديد معايير واضحة وغير متحيزة للأهلية وتطبيقها على نحو متنسق وتوعية المستفيدين والمجتمعات المحلية.

ويمثل بناء القدرات وغير ذلك من أشكال الدعم (بما في ذلك التمويل) للشركاء المجتمعيين

عنصرًا حاسمًا آخر. وقد كانت المنظمات المجتمعية والمستشارين الموثوق بهم والمعلمين الأقران من العناصر الأساسية لبناء الثقة وتحديد المستفيدين المستهدفين والوصول إليهم وتقليل الوصم إلى أدنى حد وتقييم أثر التحويلات النقدية. ويساعد التعامل مع الهياكل الحكومية منذ البداية على خلق سبل لإدخال تحسينات طويلة الأمد.

ويمكن للتحويلات النقدية لمرة واحدة من هذا النوع أن تساعد الأسر المعيشية على الصمود أمام الصدمات قصيرة الأجل، ولكنها لا تلغي الحاجة إلى الإدماج الكامل للسكان الضعفاء والمهمشين في الاستجابات للآزمات ونظم الحماية الاجتماعية الشاملة. وثمة حاجة في جميع أنحاء أفريقيا إلى التحرك نحو حماية اجتماعية شاملة ومتعددة الأغراض ومستدامة ويمكن الوصول إليها. وتشمل هذه العملية تعزيز قدرة الناس على تحويل الأموال النقدية، وتحديد فترات زمنية محددة لهم مع أشكال أخرى من الدعم الاجتماعي والدعم الاجتماعي التي لا تستند بالضرورة إلى النقد، مثل الرعاية الصحية الأولية المجانية أو المدعومة، والتعليم، والمياه، والطاقة (6، 7).



تقررت معايير الأهلية للتحويلات النقدية استنادًا إلى مجموعة متنوعة من معايير الضعف بدعم من المنظمات التي تقودها المجتمعات المحلية في كوت ديفوار. الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

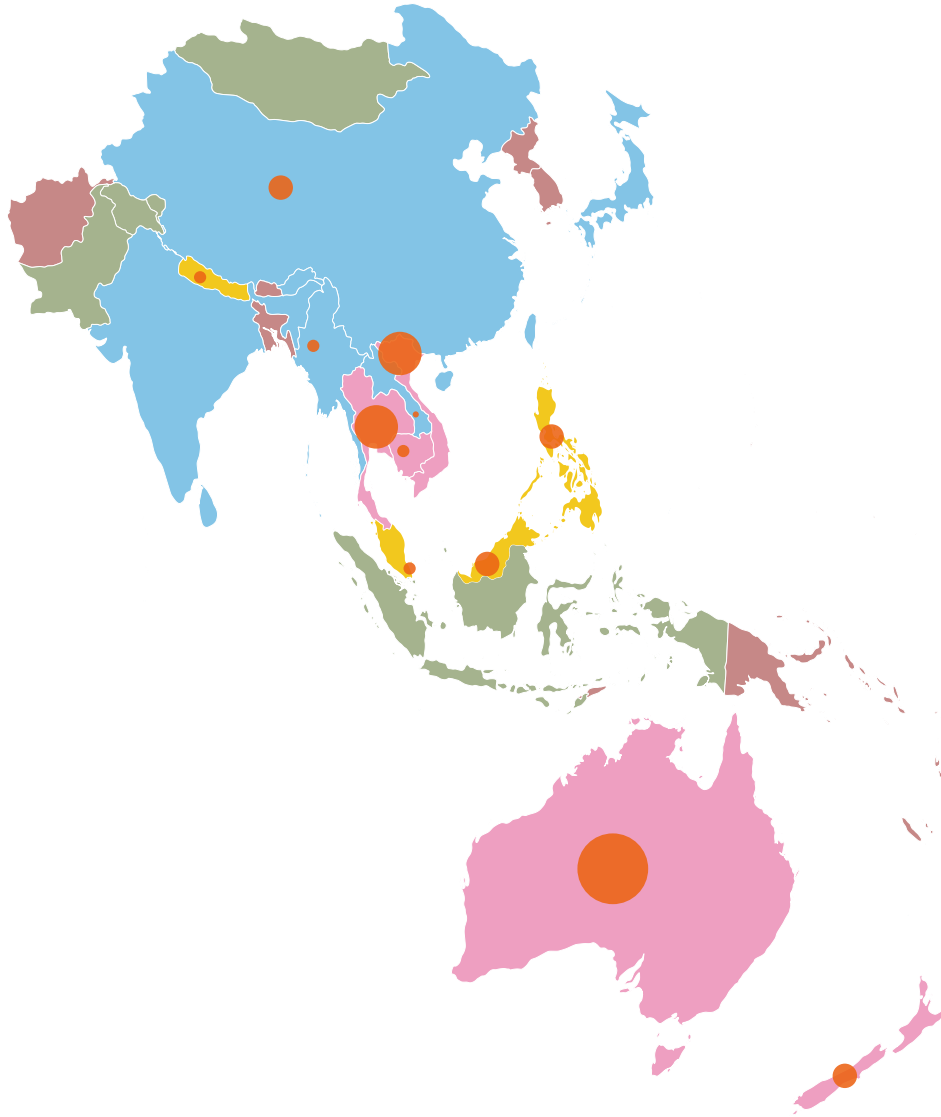
الكوت ديفوار	النيجر
1328/1328	607/1087
العدد التقديري للمستفيدين الثانويين	3100
العدد التقديري للمستفيدين الثانويين	جميع المناطق ماعدا نيامي
السكان موضع التركيز	- المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري - الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال - العاملون/العاملات في مجال الجنس - المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري - الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال - العاملون/العاملات في مجال الجنس
قيمة الحوالة النقدية	50000 فرنك غرب أفريقي (88 دولارًا أمريكيًا)
طريقة التوزيع	نقدًا عن طريق الهاتف المحمول
النتائج الرئيسية	- تم الوصول إلى 1328 أسرة معيشية من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، بما في ذلك 437 فردًا من المجموعات السكانية الرئيسية. - عملية قوية للإعلام والتوعية مع أصحاب المصلحة الشركاء؛ وتقييم أوجه الضعف؛ وعملية تحديد المستفيدين استنادًا إلى الدروس المستفادة من عملية التحويل النقدي الأولية - أسهم التعاون مع وزارة الصحة والنظافة العامة، ومع شركاء خطة الرئيس الأمريكي للإغاثة من الإيدز، في إبراز هذه العملية. كما مهد الطريق أمام زيادة الاستدامة وإدماج المستفيدين المحتملين في النظم الوطنية. - أفاد المستفيدون بأن الأموال تم استخدامها بالطرق التالية: 35% للطعام 18% للأنشطة المدرة للدخل 15% للرسم المدرسية 11% للصحة 12% للمرافق العامة 8% تكاليف أخرى، بما في ذلك سداد الديون - بذل جهد تعاوني قوي واستباقي بين برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وشبكات منظمات المجتمع المدني. - تم استخدام 54% من الأموال لشراء الطعام. وشملت النفقات الأخرى الأنشطة المدرة للدخل، والتبرعات، والرعاية الصحية، والرسم المدرسية.

المصدر: استنادًا إلى البيانات والمعلومات المستقاة من: التقرير التجميعي: المبادرة التجريبية للتحويلات النقدية لبرنامج الأغذية العالمي/برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في غرب ووسط أفريقيا (مسودة). جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز؛ أبريل/نيسان 2020. ملحوظة: تختلف أسعار الصرف حسب تاريخ الصرف.

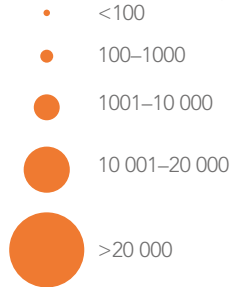
المراجع

1. Regional analysis of countries survey on situation and need of people living with HIV in the context of Covid-19. Geneva: UNAIDS, NAP+; 2021.
2. Una G, Allen R, Pattanayak S, Suc G. Digital solutions for direct cash transfers in emergencies. Washington (DC): International Monetary Fund (<https://www.imf.org/~media/Files/Publications/covid19-special-notes/en-special-series-on-covid-19-digital-solutions-for-direct-cash-transfers-in-emergencies.ashx>).
3. Beegle K, Coudouel A, Monsalve E. Realizing the full potential of social safety nets in Africa. Washington (DC): World Bank; 2018 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29789/9781464811647.pdf?sequence=2&isAllowed=y>).
4. Synthesis report: WFP/UNAIDS cash transfer pilot initiative in west and central Africa (draft). Geneva: UNAIDS; April 2020.
5. The state of the world's cash 2020. Cash and voucher assistance in humanitarian aid. The Cash Learning Partnership; 2020 (<https://www.calpnetwork.org/wp-content/uploads/2020/07/SOWC2020-Full-Report.pdf>).
6. Beegle K, Coudouel A, Monsalve E, editors. Realizing the full potential of social safety nets in Africa. Washington (DC): World Bank Group, Agence Française de Développement; 2018 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29789/9781464811647.pdf?sequence=2&isAllowed=y>).

الشكل 15.1 | حالة توافر العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى وعدد مستخدميه، آسيا والمحيط الهادئ، 2020



عدد الذين تلقوا العلاج الوقائي قبل التعرض



توافر العلاج الوقائي

■ البدء في تطبيق العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى على المستوى الوطني/نطاق واسع
■ البدء في التطبيق بعد التجريب/محدودية التوافر
■ تجريب العلاج الوقائي قبل التعرض
■ برنامج تخطيط العلاج الوقائي قبل التعرض
■ لا يوجد برنامج للعلاج الوقائي قبل التعرض أو لا توجد معلومات

الإجراءات ذات الأولوية للقضاء على الإيدز

- التأكيد على النهج القائمة على الحقوق في السياسات والبرامج، والتصدي للأعراف الاجتماعية الضارة.
- تحديث تقديم الخدمات المتميزة، بما في ذلك توسيع نطاق توليفة الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (لاسيما العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى)
- وتدخلات الحد من الضرر، والاختبار الذاتي، وصرف العلاج لعدة أشهر، وتعظيم فوائد "غير قابل للكشف" = غير قابل للنقل.
- القضاء على الوصم والتمييز وغيرهما من العوائق التي تحول دون تغطية الخدمات بشكل منصف.
- تعبئة التمويل المحلي المستدام للوقاية والعلاج.
- ضمان اتباع نهج شاملة ومراعية لاعتبارات النوع الاجتماعي، ولا سيما بالنسبة للمجموعات السكانية الرئيسية من الشباب.
- إعادة صياغة الاستجابات القطرية لمعالجة أوجه اللامساواة من خلال إشراك المجتمع المدني والمجتمع المحلي.

المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي، 2021؛ أداة الالتزامات والسياسات الوطنية والمعلومات المستقاة من البرامج الوطنية؛ رصد الإقبال على العلاج الوقائي قبل التعرض لفيروس نقص المناعة البشري في أستراليا، العدد 3، سيدني: جامعة نيو ساوث ويلز ومعهد كيربي، 2020.
أ لا توجد بيانات متوفرة عن الأشخاص الذين يتلقون العلاج الوقائي قبل التعرض في الهند.
ب بدء تجريب العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى في جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية في يناير/كانون الثاني 2021.

آسيا والمحيط الهادي

لا يزال التقدم المحرز في مكافحة فيروس نقص المناعة البشري في منطقة آسيا والمحيط الهادئ متفاوتًا. فقد حققت عدة بلدان تغطية واسعة وفعالة لخدمات الاختبار والعلاج، ونجحت تايلاند وفيتنام في خفض الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 50% على الأقل منذ عام 2010. وتركز بعض البلدان على استدامة برامجها المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري وإدماجها في نظامها الصحي العام وفي جهودها الرامية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

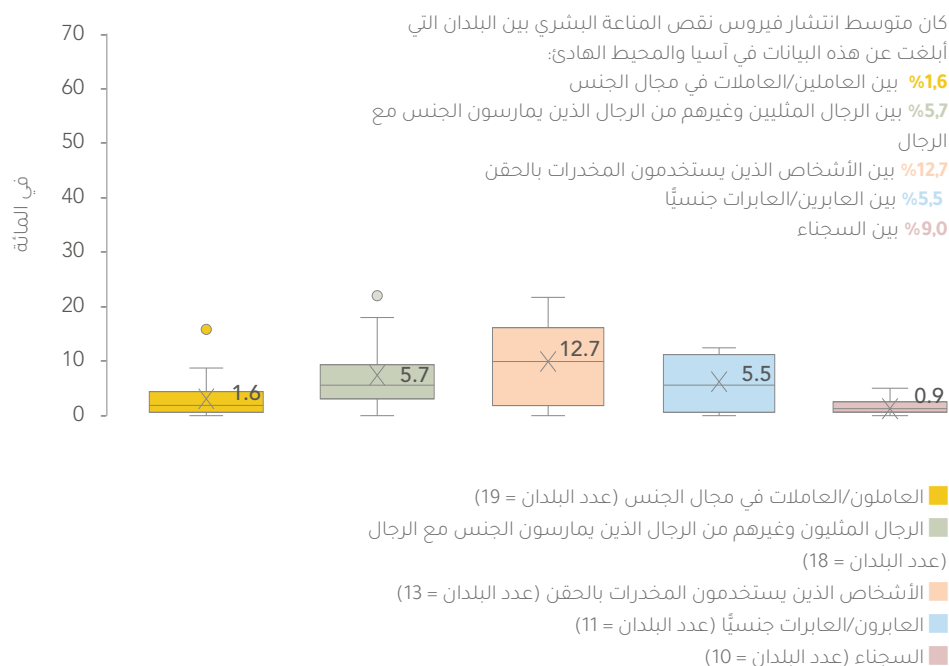
غير أن الاتجاهات المعاكسة في البلدان الأخرى شهدت انخفاضًا في الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة لم تتجاوز نسبته 12% بشكل عام بين عامي 2010 و2020. وتتزايد أوبئة فيروس نقص المناعة البشري بشكل سريع بين المجموعات السكانية الرئيسية في بلدان مثل إندونيسيا وباكستان والفلبين، ويتضرر منها الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال بوجه خاص. وفي جميع أنحاء المنطقة، تمثل المجموعات السكانية الرئيسية وشركاؤهم الجنسيين أكثر من 94% من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري، فيما يمثل الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عامًا) أكثر من ربع الإصابات الجديدة.

وقد باتت مركزية الخدمات التي يقودها المجتمع المحلي أكثر وضوحًا خلال جائحة كوفيد-19. ففي جميع أنحاء المنطقة، كفلت المنظمات التي تقودها المجتمعات المحلية استمرارية الخدمات والسلع الحيوية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري، بما في ذلك العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى والعلاج المضاد للفيروسات القهقرية. بيد أن هذه المنظمات تعمل في ظروف أقل من مثالية: على الرغم من التغييرات التشريعية الإيجابية التي أجريت في بعض البلدان، فإن البيئات القانونية وممارسات الشرطة العدائية-والوصم والتمييز-تعوق توفير خدمات فيروس نقص المناعة البشري واستخدامها من قبل المجموعات السكانية التي هي في أمس الحاجة إليها.

وقد ثبت أن التحول من الاعتماد على التمويل الخارجي إلى التمويل المحلي للخدمات الأساسية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري والأمراض المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد الفيروسي، يشكل تحديًا للعديد من البلدان، لا سيما في سياق النكسات الاقتصادية الناجمة عن جائحة كوفيد-19.

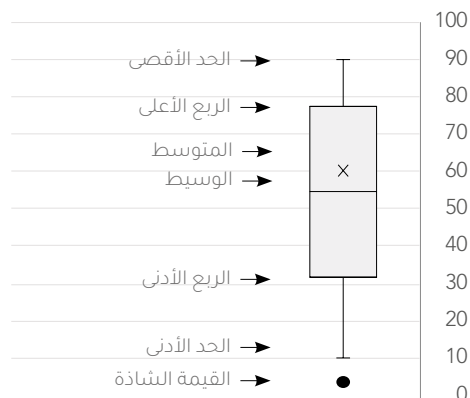
وللمضي قدمًا، يجب تحديث وتنويع تقديم الخدمات الخاصة بتوليفة الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه باستخدام نهج مبتكرة، مع تحسين الاستثمارات الرامية إلى تحسين إدارة البرامج وتنسيقها ورفع قدراتها.

الشكل 15.4 | معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية، البلدان المبلغة في آسيا والمحيط الهادئ، 2016-2020



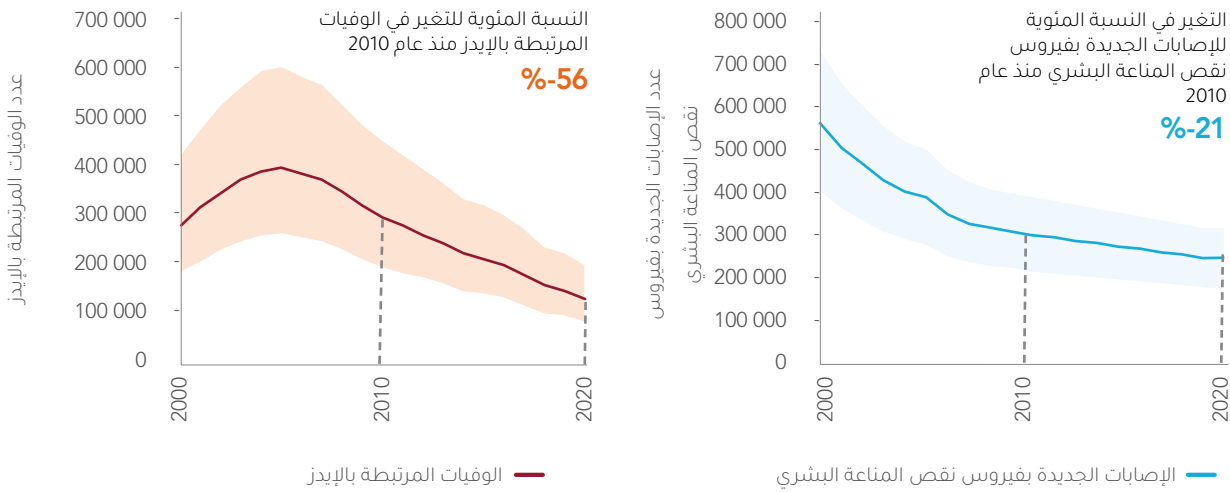
المصدر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).
ملحوظة: العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 41

كيف تقرأ هذا الرسم البياني



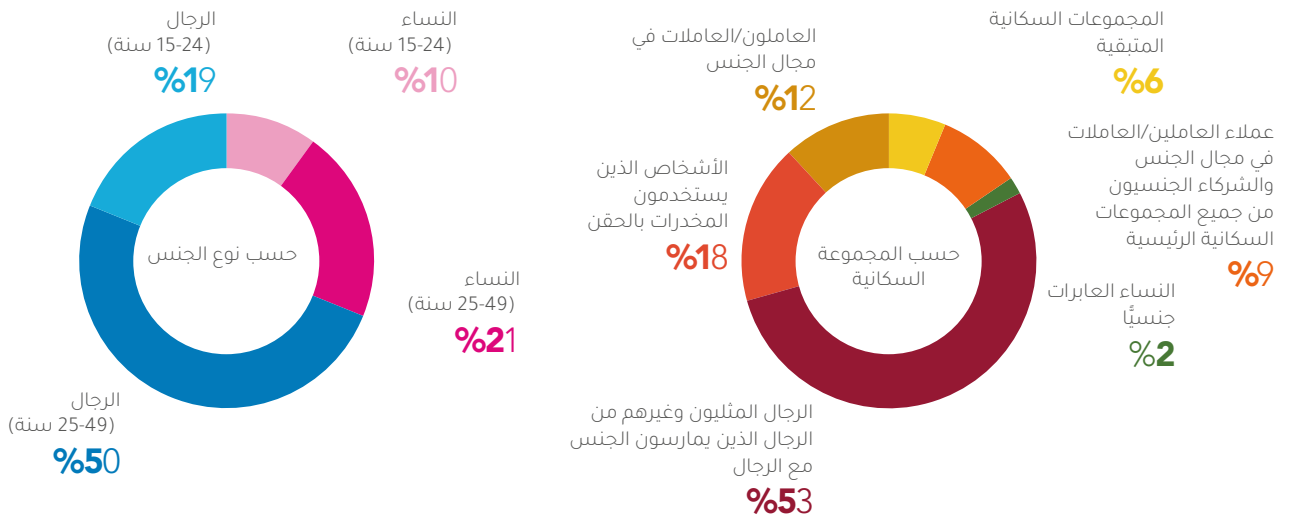
حالة الجائحة

الشكل 15.2 | عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، آسيا والمحيط الهادئ، 2000-2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (https://aidsinfo.unaids.org/).

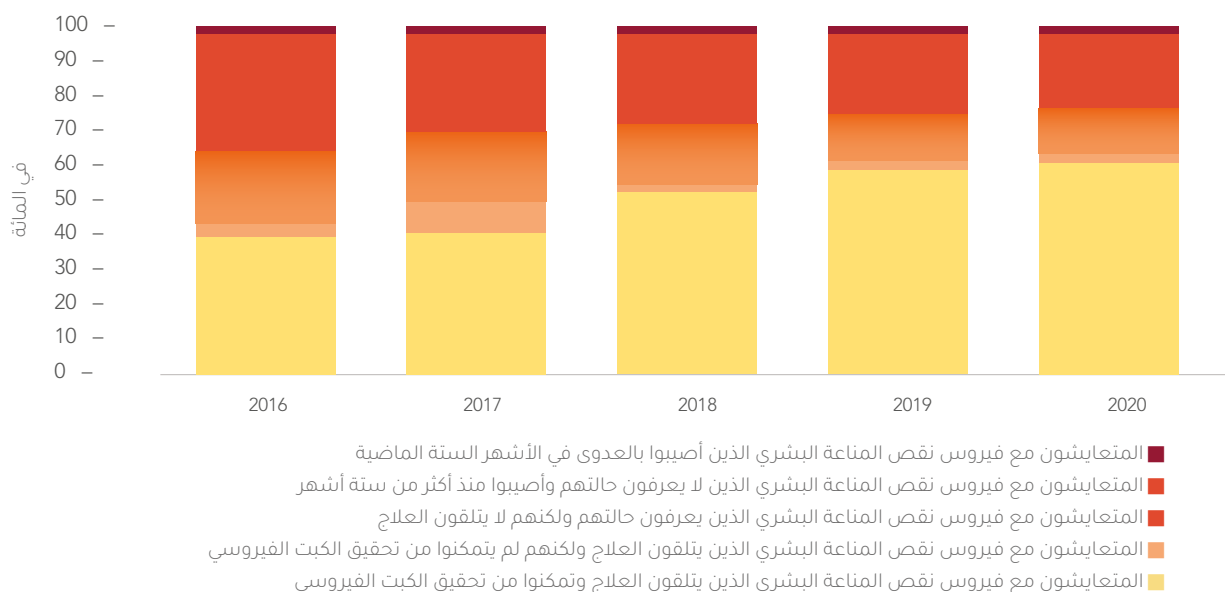
الشكل 15.3 | توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب المجموعة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)، شرق وجنوب إفريقيا، 2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (انظر ملحق المناهج).

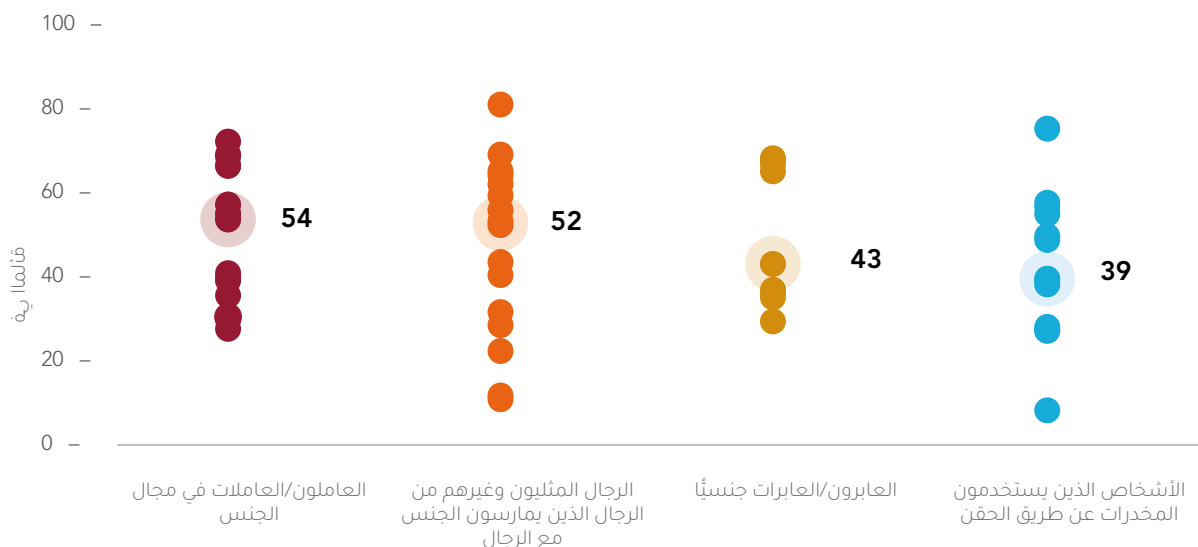
خدمات فيروس نقص المناعة البشرية

الشكل 15.5 | المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية، والمصابون حديثاً بالعدوى في الأشهر الستة الماضية، وحالة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عامًا)، آسيا والمحيط الهادئ، 2016-2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

الشكل 15.6 | تغطية اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية بين المجموعات السكانية الرئيسية في آسيا والمحيط الهادئ، 2016-2020



المصدر: المسوحات البيولوجية والسلوكية المتكاملة، 2016-2020.

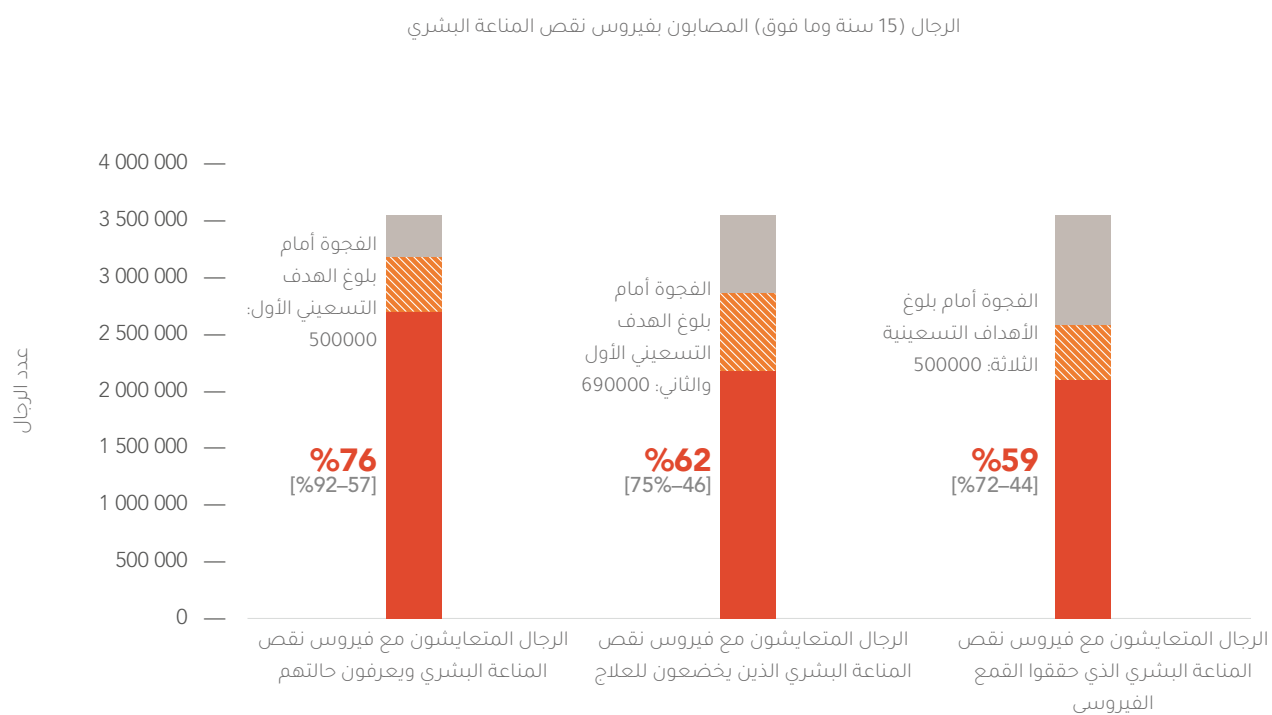
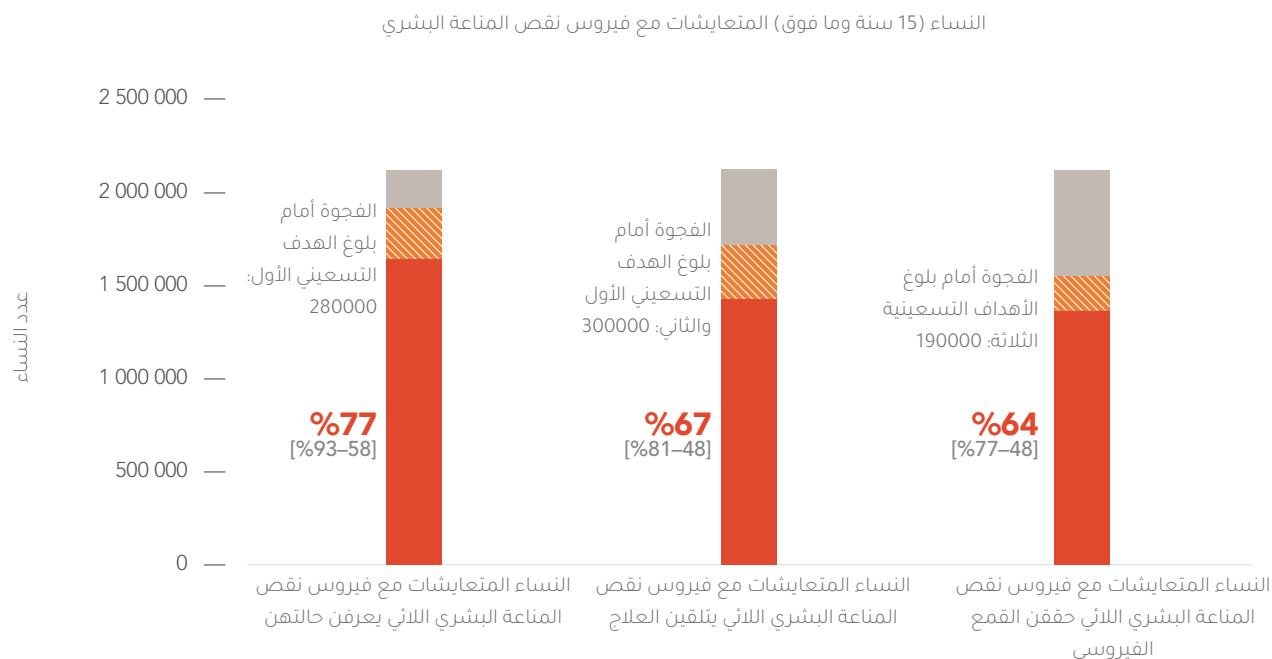
الجدول 15.1 | الحجم التقديري المُبْلَغ عنه للمجموعات السكانية الرئيسية، آسيا والمحيط الهادئ، 2018-2020

السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	السجناء	العابرون/العابرات جنسياً كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	العابرون/العابرات جنسياً	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	العاملون/العاملات في مجال الجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	العاملون/العاملات في مجال الجنس	السكان البالغون على المستوى الوطني (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) في عام 2020 أو في العام ذي الصلة	
					25 700		10 100			18 800 000	أفغانستان
		0.09 %	380					0.14 %	600	440 000	بوتان
										9 200 000	كمبوديا
										752 000 000	الهند
0.19 %	268 000	0.02 %	34 700	0.02 %	34 500			0.19 %	278 000	144 000 000	إندونيسيا
										3 800 000	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
				0.41 %	75 000			0.20 %	37 000	18 200 000	ماليزيا
							6500		6000	1 700 000	منغوليا
0.15 %	22 000									15 000 000	نيبال
0.46 %	10 000									2 200 000	نيوزيلندا
						0.78 %	36 000	1.05 %	48 000	4 600 000	بابوا غينيا الجديدة
		0.35 %	204 000	0.02 %	10 800	1.17 %	681 000	0.39 %	228 000	58 200 000	الفلبين
0.66 %	11 900									1 800 000	سنغافورة
		0.02 %	2200	0.03 %	2700	0.72 %	74 000	0.29 %	30 000	10 300 000	سيريلانكا
1.05 %	358 000									34 200 000	تايوان
						0.50 %	256 000			51 600 000	فيتنام
-		0.01 %		0.03 %		0.82 %		0.18 %		النسبة الوسطية الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) أ. ب.	

■ تقدير حجم السكان على المستوى الوطني
■ البيانات غير كافية
■ لا توجد بيانات

المصادر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) : نموذج Spectrum في برنامج DemproJ للتحليل الديموغرافي، 2021.
أ (Quick Start Guide for Spectrum, 2020. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).
ب Technical brief: recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: WHO, UNAIDS; 2020.
ملحوظة 1: التقديرات الواردة هي تقديرات قدمتها الحكومات وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2020. وقد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس المجموعات السكانية الرئيسية (<https://kpatlas.unaids.org/>) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.
ملحوظة 2: المناطق المشمولة بتقديرات حجم السكان المحليين هي كما يلي:
أفغانستان: هرات، جلال آباد، كابول، قندهار، قندوز، مزار (الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال): فايز آباد، هرات، جلال آباد، كابول، قندهار، قندوز، مزار، زارانج (الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن).
منغوليا: دارخان، دورنود، خوفسجول، أولان باتور (العاملون/العاملات في مجال الجنس): دارخان، دورنود، أولانباتار (الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال).
ملحوظة 3: القيم المبْلَغ عنها للرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال معروضة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) من أجل الاتساق عبر المجموعات السكانية الرئيسية. وستكون النسبة المئوية لهذه المجموعة من السكان الذكور البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) تقريباً ضعف القيم الموضحة.

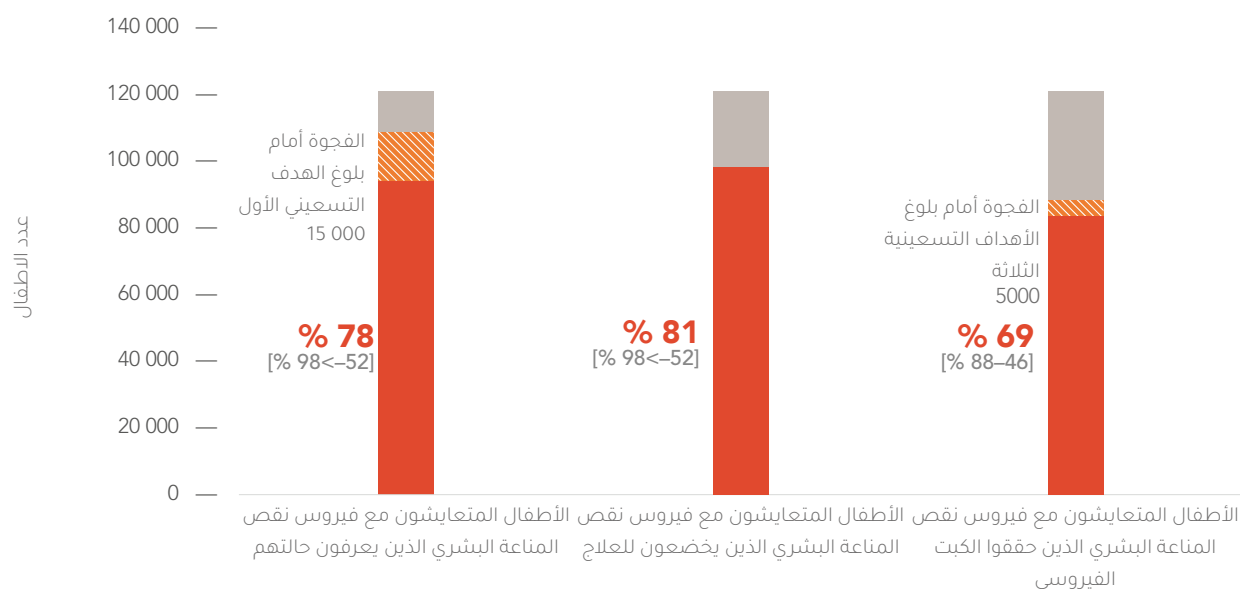
الشكل 15.8 | سلسلة اختبار فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه، النساء (الفئة العمرية +15) مقارنة بالرجال (الفئة العمرية +15)، آسيا والمحيط الهادئ، 2020



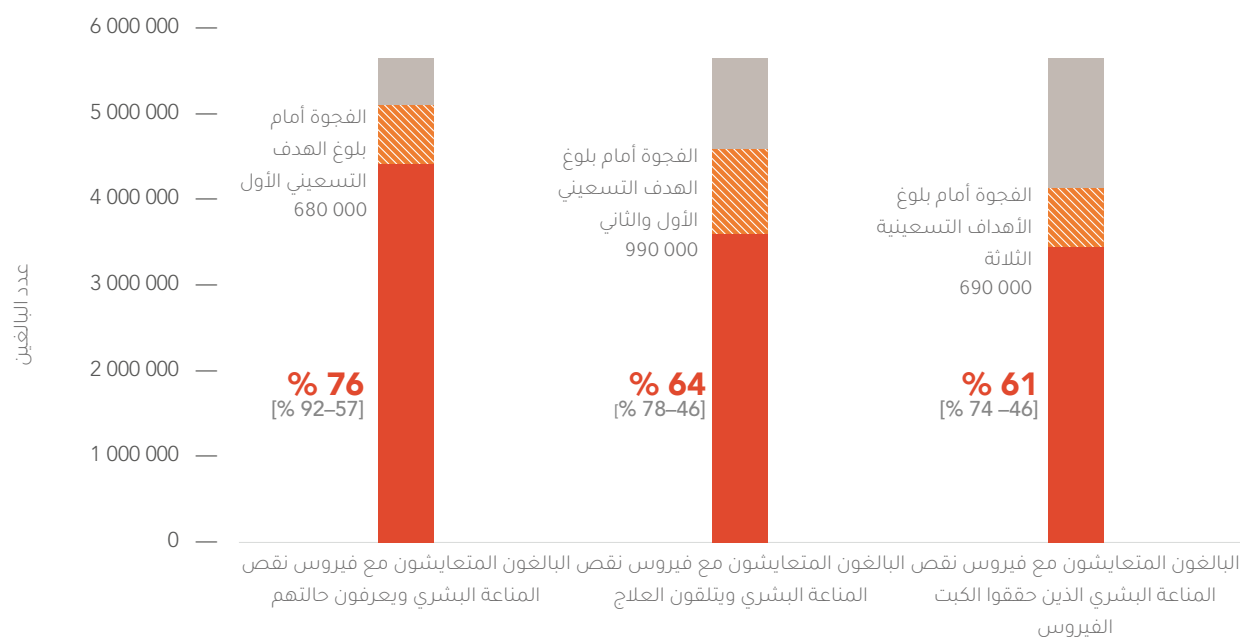
المصدر: تحليل خاص ببرنامح الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

الشكل 15.7 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 14 عامًا) مقارنة بالبالغين (الذين تبلغ أعمارهم 15 عامًا فما فوق)، آسيا والمحيط الهادئ، 2020

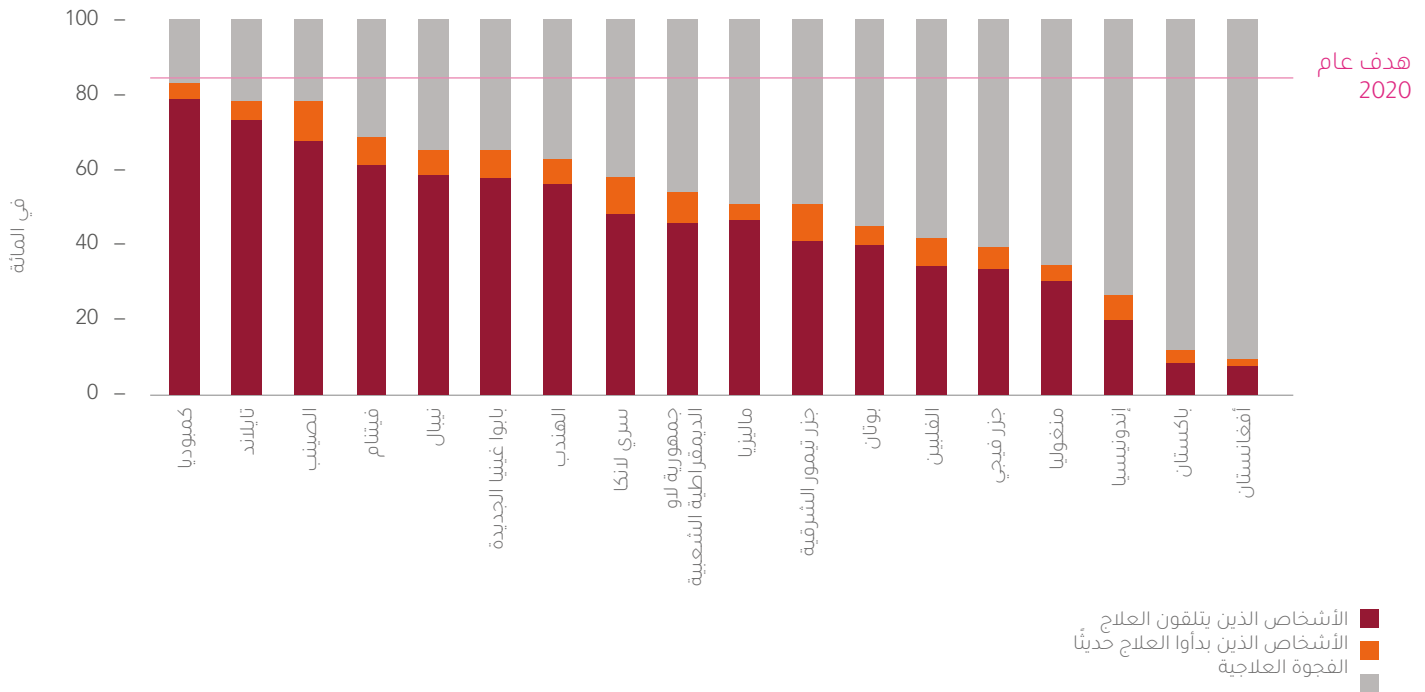
الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0-14 سنة) المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري



البالغون (15 سنة وما فوق) المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري

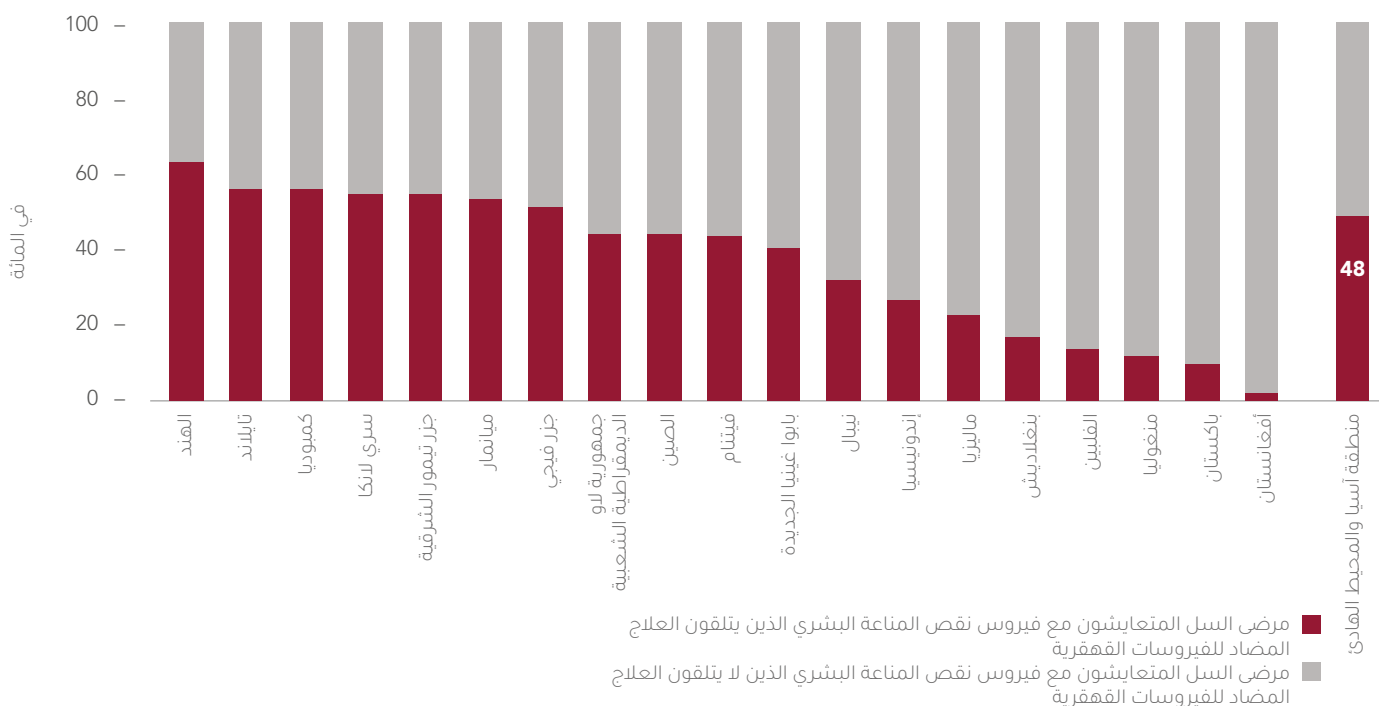


المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021؛ وأداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021؛ وسانكلارك: حالة الاستجابة الوطنية للإيدز، الطبعة الثانية، نيودلهي: ناكو، وزارة الصحة وشؤون الأسرة (الهند): 2020. أ باستثناء حالات بدء العلاج المضاد للفيروسات القهقرية الجديدة. ب التقديرات القطرية المنشورة.

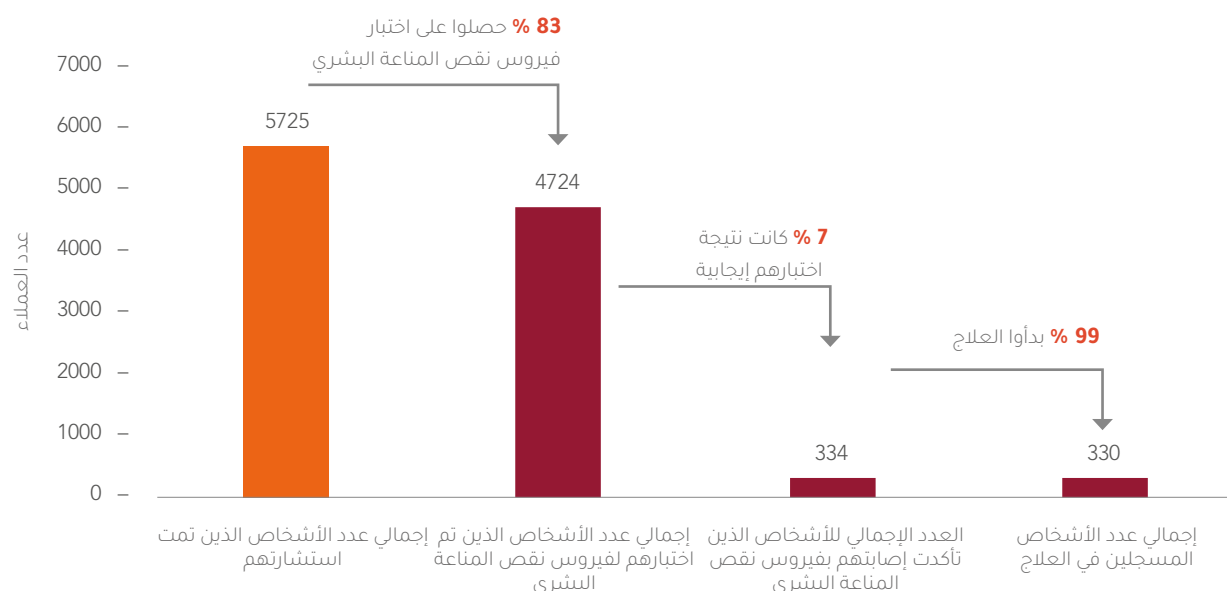
الشكل 15.11 | نسبة مرضى السل المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، آسيا والمحيط الهادئ، 2019



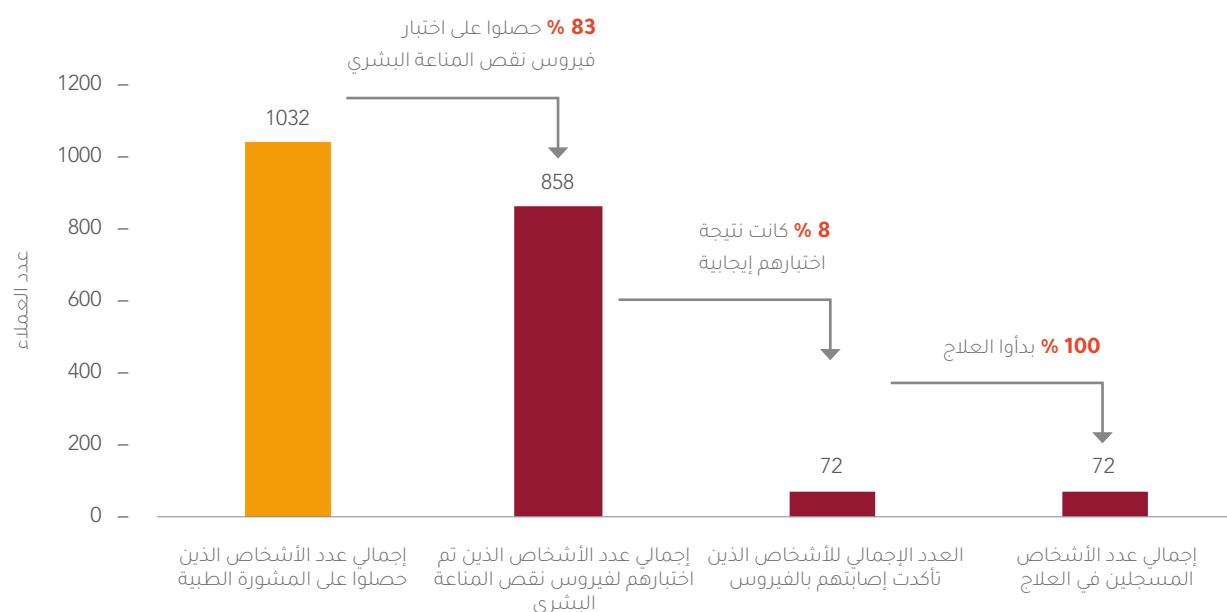
المصدر: تقرير السل العالمي 2020، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2020.

الشكل 15.9 | نموذج "من متصل بالإنترنت إلى غير متصل" (O2O) المبتكر لتحسين سلسلة خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشري، حسب المجموعات السكانية المختارة، فيتنام، أكتوبر/تشرين الأول 2018 إلى مارس/آذار 2021

اختبار فيروس نقص المناعة البشري من متصل بالإنترنت إلى غير متصل من خلال العاملين في مجال التوعية عبر الإنترنت



اختبار فيروس نقص المناعة البشري بطريقة "من متصل بالإنترنت إلى غير متصل" من خلال تطبيق حجز المواعيد



المصدر: بيانات برنامج الأسواق الصحية التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية
ملحوظة: البيانات خاصة بالعابرين/العابرات جنسياً والرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال.

القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام الشخصي	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاطشين مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	التجريم العابر/العابرات جنسياً
لا	الترحيل وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح	تجريم وملاحقة قضائية
نعم	منع الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح	لا تجريم ولا ملاحقة قضائية
البيانات غير متوفرة	طلب إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح	البيانات غير متوفرة
موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	لا توجد قيود	تجريم العمل في مجال الجنس
نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا	البيانات غير متوفرة	أي تجريم أو لوائح عقابية خاصة بالعمل في مجال الجنس
نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 14 أو 16 عامًا	اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لتصاريح الزواج أو العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة	العمل في مجال الجنس لا يخضع للوائح العقابية أو غير مجرم
نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 12 عامًا	نعم	المسألة محددة/تختلف على المستوى المحلي
لا	لا	البيانات غير متوفرة
البيانات غير متوفرة	القوانين التي تحرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه أو التعرض له	تجريم الممارسات الجنسية المثلية
نعم	نعم	عقوبة الإعدام
لا	لكن الملاحقات القضائية قائمة على أساس القوانين الجنائية العامة	الحبس (14 سنة-مدى الحياة، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد العقوبة
البيانات غير متوفرة	لا	إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد
		البيانات غير متوفرة

المصادر

1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. Geneva: ILGA World; 2020.
5. Legal gender recognition in Malaysia: a legal and policy review in the context of human rights. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network and SEED Malaysia; 2017 (https://www.undp.org/content/dam/rbap/docs/Research%20&%20Publications/hiv_aids/Malaysia-APTN_Publication_OnlineViewing.pdf).
6. South Australia. Summary Offences Act 1953. Section 25; Victoria. Sex Work Act 1994. Section 13; New South Wales. Summary Offence Act 1988. Section 19; Western Australia. Prostitution Act 2000. s25.
7. Brunei Darussalam. Penal Code 1951 (2016 edition). Prostitution, S 26/2012, section 294A (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/78238/83493/F1602044948/BRN78238%202016%20Edition.pdf>).
8. Democratic People's Republic of Korea. Criminal Law. Article 261 (Prostitution) ([https://www.hrnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea_2009_%20\(1\).pdf](https://www.hrnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea_2009_%20(1).pdf)).
9. Japan. Anti-Prostitution Law (1956).
10. Maldives. Penal Code 2014. Sections 615, 620 and 621 (<https://www.law.upenn.edu/live/files/4203-maldives-penal-code-2014>).
11. Marshall Islands. Criminal Code 2011. Article 251 (http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/2011/2011-0059/Criminal-Code2011_1.pdf).
12. Federated States of Micronesia. Chuuk State Code. Title 12, Chapter 28 (http://fslaw.org/chuuk/code/title12/T12_CH28.htm).
13. Nauru. Crimes Act 2016. Section 107 (https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NRU/INT_CEDAW_ARL_NRU_28029_E.pdf).
14. Palau. Code of Palau. Anti-Prostitution Act. Chapter 36 (<https://www.legal-tools.org/doc/1c32a2/pdf/>).
15. Samoa. Crimes Act 2013. Sections 72 and 73 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=93579&p_country=WSM&p_classification=01.04).
16. Solomon Islands. Penal Code. Section 153 (http://www.paclii.org/sb/legis/consol_act/pc66/).
17. Tonga. Criminal Offences Act. Section 81(4) (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/73337/95725/F665862081/TON73337.pdf>).
18. Tuvalu. Penal Code. Sections 145 and 146 (http://tuvalu-legislation.tv/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1965/1965-0007/ PenalCode_1.pdf).
19. Vanuatu. Penal Code. Section 148 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/88512/101229/F1616956608/VUT88512.pdf>).
20. Mendos LR. State-sponsored homophobia, 2020. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; December 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf).
21. Bangladesh. Penal Code, 1860. Article 377 (<http://bdlaws.minlaw.gov.bd/act-11/section-3233.html>).
22. Myanmar. Penal Code. Art 377 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mm/mm004en.pdf>).
23. Papua New Guinea. Criminal Code Act 1974. Article 210 (http://www.paclii.org/pg/legis/consol_act/cca1974115.pdf).
24. Sri Lanka. Penal Code, 1885. Article 365 (http://hrlibrary.umn.edu/research/srilanka/statutes/Penal_Code.pdf).
25. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2018 (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
26. Global HIV Criminalisation Database [database]. Amsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
27. Fiji. Crimes Act, 2009. Part 18, Division 2, Section 383.
28. Malaysia. Penal Code, 2018. Articles 269–270 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/61339/117909/F-833274986/MYS61339%202018.pdf>).
29. Marshall Islands. Communicable Diseases Prevention and Control Act, 1988. S 1511 (http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1988/1988-0028/CommunicableDiseasesPreventionandControlAct1988_1.pdf).
30. Viet Nam. Law on HIV/AIDS Prevention and Control (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_113364.pdf).
31. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
32. Mongolia. Criminal Code. Article 124.2 (<https://www.warnathgroup.com/wp-content/uploads/2015/03/Mongolia-Criminal-Code.pdf>).
33. Indonesia. Criminal Code (Qanun Jinayat), Aceh Regulation No. 6/2014.
34. Republic of Korea. Military Criminal Act, 2016. Article 92-6 (https://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=40239&lang=ENG).

ملحوظة: يعتبر البلد قد جرم العابر/العابرات جنسياً إذا استخدم القانون لمعاقبة الأفراد العابرين جنسياً. وقد يجرم هذا القانون صراحة، على سبيل المثال، تقليد الجنس الآخر بما في ذلك ارتداء ملابس الجنس الآخر. ويعتبر أن البلد لديه تجريم أو تشريع عقابي للعمل في مجال الجنس إذا ما تم تجريم بيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجريم الأنشطة الإضافية المرتبطة ببيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجريم الاستفادة من تنظيم و/أو إدارة الخدمات الجنسية، و/أو وجود لوائح عقابية و/أو إدارة أخرى للعمل في مجال الجنس.

الجدول 15.2 | القوانين العقابية والتمييزية، آسيا والمحيط الهادئ، 2021

القوانين والسياسات

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه أو التعرض له	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم
Mandatory HIV testing for marriage, work or residence permits or for certain groups	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم
1		1	1	1	1	1	1
		26			20	6	4
2		No1	2		21	1	2
1		26			1	1	1
2		26	2		20	7	4
1		1	1	1	1	1	1
1		1	1	1	1	1	1
		26					
					20	8	
		27	1	1	1	1	3
2		2	2	2	2	2	2
1		1	1	1	33	1	1
1					20	9	
2		2	1	1	20	1	2
1		1	1	1	1	1	1
1		28	2	1	1	1	5
		26			20	10	4
3		29	3		20	11	3
3		3	3		20	12	3
2		2	2		2	32	1
2		2	2		22	2	2
3		3	3		20	13	3
1		1	1	1	1	1	1
2			2		2	2	2
3			3				3
1		1	1	1	1	1	4
31		3	3		20	14	3
1		1	1	1	23	1	1
1		1	1	1	1	1	1
2		2	2		34	2	2
25		2	25		20	15	3
2		2	1	1	1	1	2
2					20	16	
1		1	1	1	24	1	1
1		1	1	1	1	1	1
					20		
3		3	3		20	17	3
3		3	3		20	18	3
3		3	3		20	19	3
3		30	2		2	2	2

الدراجات النارية تسهم في تسريع وتيرة مكافحة السل وفيروس نقص المناعة البشري في الفلبين

تنوء الفلبين بعبء ثقل لمرض السل وكذلك السل المقاوم للأدوية المتعددة (MDR-TB). ففي عام 2019، كان معدل انتشار السل في البلاد 554 لكل 100000 من السكان، وهو ما يمثل 6% من العبء العالمي (1). وتشير التقديرات إلى أن السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل المقاوم للريفامبيسين يشكلان 2,6% من حالات السل الجديدة و28% من حالات السل التي سبق علاجها في الفلبين (2). غير أن ضعف إمكانية الوصول إلى اختبار السل قد أسهم في انخفاض معدلات الإخطار بالنسبة للمصابين بالسل¹.

ومنذ يوليو/تموز 2018، دعم الصندوق العالمي ورابطة الأعمال التجارية الفلبينية للتقدم الاجتماعي (PBSP) وزارة الصحة من خلال نشر سائقي نقل عينات البلغم، المعروفين باسم "STRiders"، ويقومون بنقل عينات البلغم عن طريق دراجة نارية من المرافق الصحية في الضواحي إلى المختبرات لفحصها باستخدام منصات GeneXpert². ويضمن هذا النظام عدم اضطراب المرضى إلى قطع مسافات طويلة وقضاء بعض الوقت بعيدًا عن المدرسة والعمل. كما يساعد على تقصير فترة انتظار نتائج المختبر.

ويتسلم سائقو نقل عينات البلغم، الذين تتعاقد معهم رابطة الأعمال التجارية الفلبينية للتقدم الاجتماعي، حقايب ظهر معزولة ويتم تدريبهم على كيفية التعامل مع العينات ونقلها بطريقة سليمة. ويزورون كل مرفق إحالة حتى ثلاث مرات في الأسبوع (حسب المسافة)، وينقلون العينات إلى أقرب موقع لـ GeneXpert ويعيدون النتائج إلى المرفق الصحي الواقع في الضواحي.

وفي الفترة 2018-2019، سجلت المناطق التي يوجد بها سائقون لنقل عينات البلغم زيادة بنسبة 77% في عدد العينات التي تم اختبارها من خلال GeneXpert مقارنة بزيادة 65% في المناطق التي لا يوجد بها هؤلاء السائقين. كما شهدت

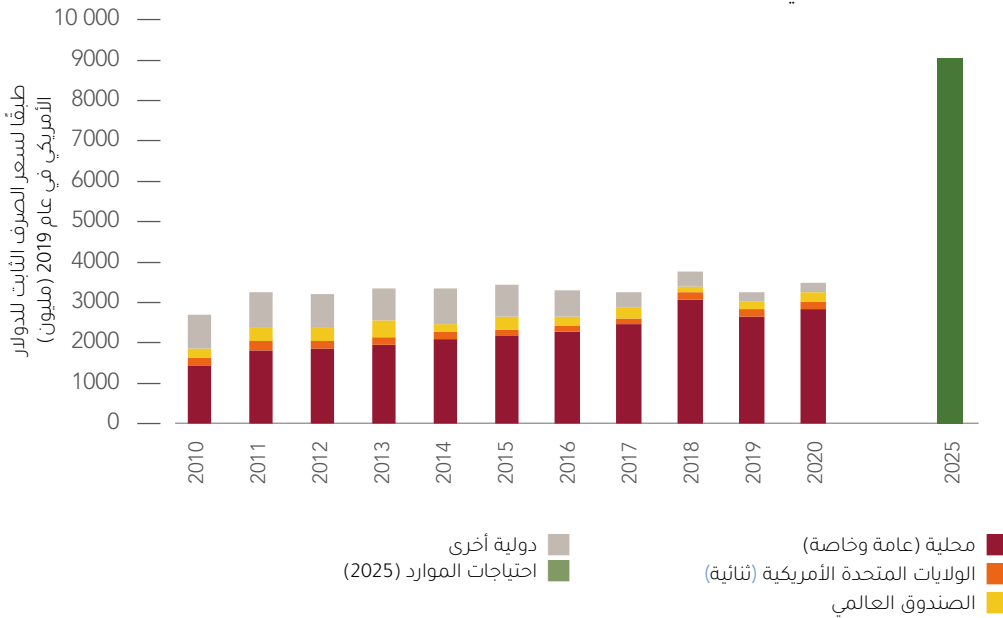
¹ إخطار السل هو عملية الإبلاغ عن حالات السل المشخصة إلى السلطات الصحية المعنية، والتي تقوم بدورها بإبلاغ منظمة الصحة العالمية من خلال برامج السل الوطنية أو ما يعادلها (3).

² تُستخدم منصات GeneXpert لتشخيص السل ومقاومة الريفامبيسين (على النحو الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية)، والتهاب الكبد C والأنفلونزا الموسمية، ولفحص الحمل الفيروسي لفيروس نقص المناعة البشري وتشخيص الرضع المبكر للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري.

الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز

على الرغم من الزيادة المطردة في حجم الاستثمارات المحلية، ظل مجموع الموارد المتاحة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري في آسيا والمحيط الهادئ مستقرًا على مدى السنوات الخمس الماضية. وتضاعفت الموارد المخصصة للتصدي للفيروس من المصادر المحلية منذ عام 2010، ولكن ذلك قابله انخفاض في المصادر الدولية بنسبة 50% خلال نفس الفترة: حيث تراجعت الاستثمارات من المساهمات الثنائية لحكومة الولايات المتحدة الأمريكية والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا والمصادر الدولية الأخرى بنسبة 12% و10% و72% بالترتيب، منذ عام 2010.

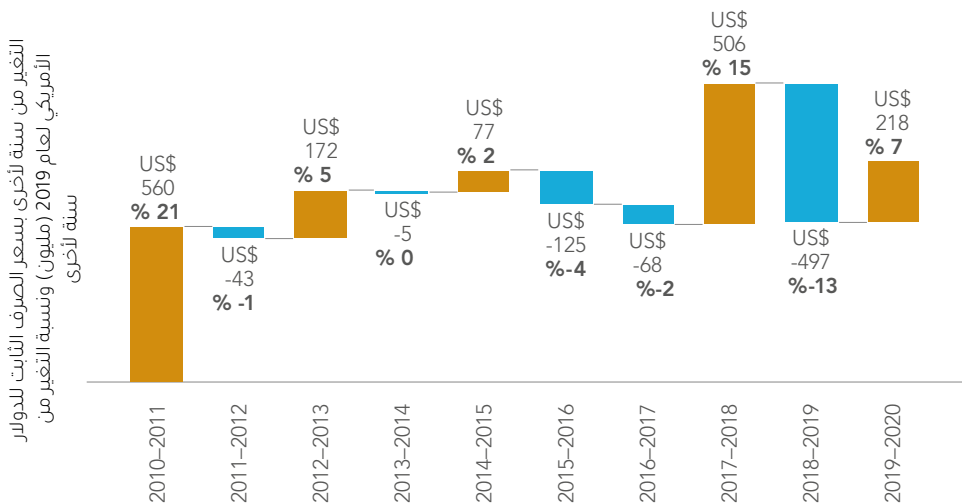
وفي عام 2020، كان مبلغ 3,5 مليار دولار أمريكي متاحًا للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة، 82% منها جاءت من التمويل المحلي. وساهم الصندوق العالمي بنسبة 7% من إجمالي الموارد في عام 2020، فيما مثلت المساهمات الثنائية من الحكومة الأمريكية 5%. وثمة فجوة تبلغ 5,7 مليار دولار أمريكي بين الموارد المتاحة والمبلغ اللازم لتلبية احتياجات المنطقة السنوية من الموارد في عام 2025 والبالغ 9,2 مليار دولار أمريكي.



الشكل 15.12 | توافر الموارد اللازمة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري، آسيا والمحيط الهادئ، 2010-2020، والاحتياجات المقدرة من الموارد اللازمة للتصدي للفيروس بحلول عام 2025

المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

ملحوظة: تعتمد تقديرات الموارد طبقاً لسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2019.



الشكل 15.13 | التغير من سنة إلى سنة في توافر الموارد الأخرى في توافر الموارد اللازمة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري، آسيا والمحيط الهادئ، 2010-2011 إلى 2019-2020

المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org>).

1. Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. 2019 Philippines TB Joint Program review. Review report. Manila: Department of Health [Philippines]; 2020 (http://www.ntp.doh.gov.ph/downloads/publications/assessment_reports/JPR_2019.pdf).
3. Uplekar M, Atre S, Wells WA, Weil D, Lopez R, Migliori GB et al. Mandatory tuberculosis case notification in high tuberculosis-incidence countries: policy and practice. *Eur Respir J*. 2016 Dec;48(6):1571-81.
4. Race to end TB. Accelerating the 2017-2022 Philippine Strategic TB Elimination Plan. 2018 national and regional reports. Manila: WHO, Department of Health [Philippines]; 2019.

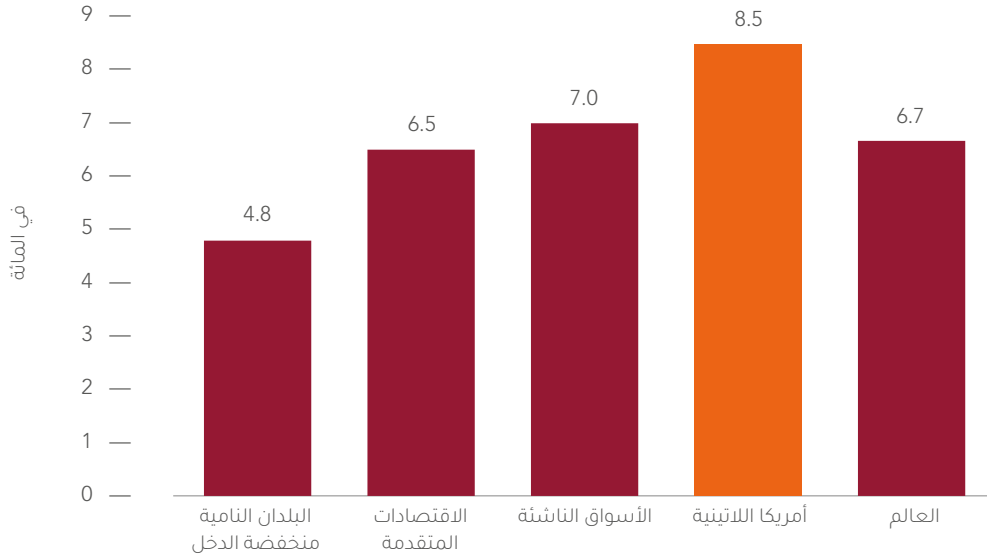
زيادة بنسبة 56% في عدد العينات التي أثبتت الاختبارات التي أُجريت في نقاط الرعاية وجود بكتيريا السل الجرثومي بها (مقابل 49% في المناطق التي لا يوجد بها سائقون لنقل عينات البلغم (4).

وقد تم التوسع في استخدام سائقي نقل عينات البلغم لتغطية البلاد بأكملها على مدى العامين الماضيين. وقد كان ذلك مفيدًا للغاية خلال جائحة كوفيد-19، التي شهدت فرض قيود شديدة على الحركة في جميع أنحاء الفلبين. وأسفرت هذه القيود عن تعطيل الخدمات الأساسية المتعلقة بالسل وفيروس نقص المناعة البشري، مما هدد قدرة المتعافشين مع السل وفيروس نقص المناعة البشري على الحصول على التشخيص والأدوية. وخلال الجائحة، تم توسيع نطاق دور سائق نقل عينات البلغم ليشمل إيصال الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية من مرافق علاج فيروس نقص المناعة البشري إلى الوحدات الصحية الريفية حيث يتسلمها العملاء المحليون. وبالإضافة إلى ذلك، يوصل السائقون حزم الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري التي تحتوي على العوازل والمُزْلَقَات والمعلومات المتعلقة بالفيروس ومجموعات الاختبار الذاتي للأشخاص الذين سجلوا على الإنترنت. ويتم تجهيل الحزم بعناية وتسليمها بطريقة تضمن السرية. وتعد هذه واحدة من عدة طرق أدخلت بها الفلبين أساليب مبتكرة ومتميزة لتقديم خدمات فيروس نقص المناعة البشري، خاصة لمن هم في أمس الحاجة إليها.



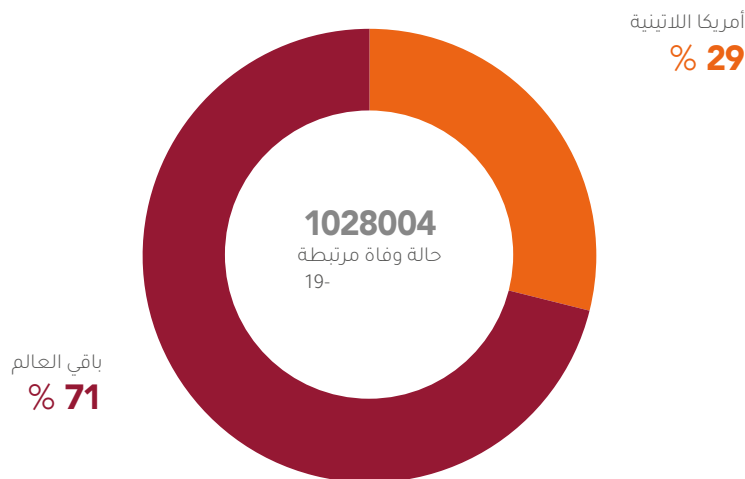
سائقو نقل عينات البلغم في الفلبين يساهمون في تسير تشخيص السل في الوقت المناسب عن طريق نقل العينات إلى المختبرات. كما يقومون بتسليم الأدوية المنقذة للحياة للمتعافشين مع فيروس نقص المناعة البشري خلال جائحة كوفيد-19.

الشكل 16.1 | حجم الخسائر في الناتج المحلي الإجمالي الذي انخفض بسبب جائحة كوفيد-19، مجموعات قطرية مختارة، 2020



Szmigiera M. GDP loss due to COVID-19, by economy, 2020. In: statista.com [Internet]. 1 June 2021 (https://www.statista.com/statistics/1240594/gdp-loss-covid-19-economy). المصدر:

الشكل 16.2 | توزيع الوفيات المرتبطة بجائحة كوفيد-19، على الصعيد العالمي، حتى مايو/أيار 2021



Elflein J. COVID-19 deaths worldwide as of May 31, 2021, by country. In: statista.com [Internet]. 31 May 2021 (https://www.statista.com/statistics/1101643/latin-america-caribbean-coronavirus-cases). المصدر:

الإجراءات ذات الأولوية للقضاء على الإيدز

- تعزيز المساواة في الوصول إلى توليفة فعالة ومبتكرة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري ضمن إطار أهداف التنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة.
- سن تشريعات وقائية، مثل قوانين مناهضة التمييز والهوية الجنسية.
- تمكين الاستجابات المجتمعية المبتكرة التي تراعي اعتبارات النوع الاجتماعي وتزويدها بالموارد الكاملة.
- تنفيذ استجابات وطنية مدعومة بالأدلة وقائمة على حقوق الإنسان، مع كفاءة تخصيص الموارد المحلية والتمويل المستدام.
- التوسع في صرف الأدوية لعدة أشهر والتحول إلى نظم العلاج من الخط الأول المعتمدة على عقار دولوتغرافير.
- العمل على وصول المهاجرين وطالبي اللجوء إلى الخدمات الشاملة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري.

أمريكا اللاتينية



التقدم المحرز على صعيد

مكافحة فيروس نقص

المناعة البشري في أمريكا اللاتينية

تضائل

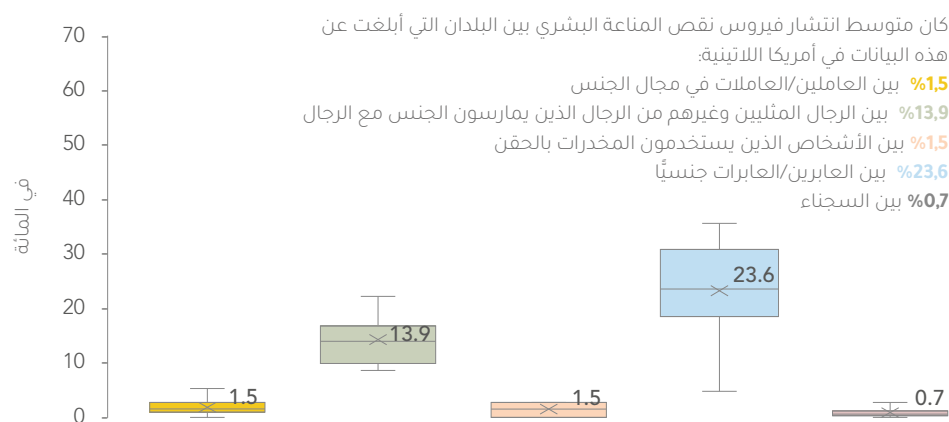
في السنوات الأخيرة، ولم تبلغ المنطقة الأهداف 90-90 مع شيوخ تأخر التشخيص بين المتعاشين مع الفيروس. وقد شكّلت المجموعات السكانية الرئيسية وشركائهم الجنسيين 92% من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري المقدرة بـ 100000 [66000-150000] في عام 2020. وكان الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال الأكثر تضرراً-مما يدل على أن برامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشري لا تسد الفجوات المتبقية بين المجموعات السكانية الأكثر عرضة للخطر. وانخفضت الوفيات المرتبطة بالإيدز بنسبة 12% بين عامي 2010 و2020. حيث توفي نحو 31000 [20000-46000] شخص من البالغين والأطفال لأسباب مرتبطة بالإيدز في عام 2020.

وتعكس أوجه القصور هذه حقيقة أن المجموعات السكانية الرئيسية تعاني من عدم كفاية فرص الوصول إلى الخدمات المناسبة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري. وأنهم ما زالوا يعانون من الوصم والتمييز والتحرش البدني والجنسي والعنف وغير ذلك من انتهاكات حقوق الإنسان. وتؤدي هذه الحواجز إلى تقويض أثر الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري وعلاجه.

وهناك ندرة في المعلومات الاستراتيجية المفضلة المتاحة عن المجموعات السكانية الرئيسية في العديد من البلدان، ولا تزال خدمات فيروس نقص المناعة البشري المقدمة إلى تلك المجموعات تعاني نقصاً حاداً في التمويل في جميع بلدان المنطقة تقريباً، على الرغم من توافر الموارد بشكل عام. ويتعين على البلدان إعادة تخصيص موارد فيروس نقص المناعة البشري للبرامج ذات التأثير القوي التي تصل إلى المجموعات السكانية الرئيسية وتعود عليها بالنفع، ويشمل ذلك توسيع نطاق توفير العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى. وفي عام 2020، أبلغت ستة بلدان فقط من أصل 17 بلداً في المنطقة عن تقديم العلاج الوقائي المسبق ضمن نظامها الصحي الوطني، فيما أبلغ بلد واحد فقط عن قيامه بتوفير الاختبار الذاتي.

وقد ألحقت جائحة كوفيد-19- أضراراً بالاقتصادات في المنطقة، مما وضع النظم الصحية تحت ضغوط إضافية ودفع الملايين من الناس في أتون الأزمات المالية. غير أن الاستجابات السريعة والمبتكرة-مثل صرف الأدوية لعدة أشهر وتقاسم مخزونات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية فيما بين بلدان المنطقة-تمكنت من الحد من تعطل خدمات فيروس نقص المناعة البشري في معظم البلدان. وتتفد ما يقرب من 90% من بلدان أمريكا اللاتينية استراتيجيات أو سياسات للحماية الاجتماعية، وإن كان عدد قليل من هذه البرامج يفيد الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية بشكل صريح.

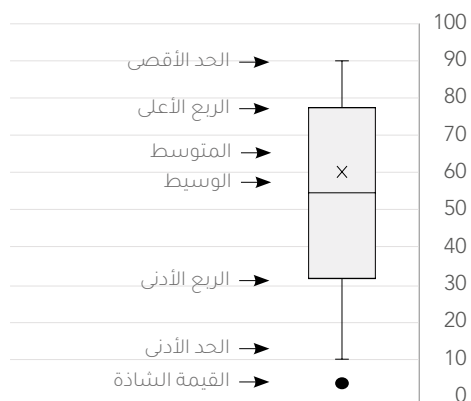
الشكل 16.5 | معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية، البلدان المبلغة في أمريكا اللاتينية، 2016-2020



- العاملون/العاملات في مجال الجنس (عدد البلدان = 14)
- الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (عدد البلدان = 15)
- الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن (عدد البلدان = 2)
- العابرون/العابرات جنسياً (عدد البلدان = 14)
- السجناء (عدد البلدان = 11)

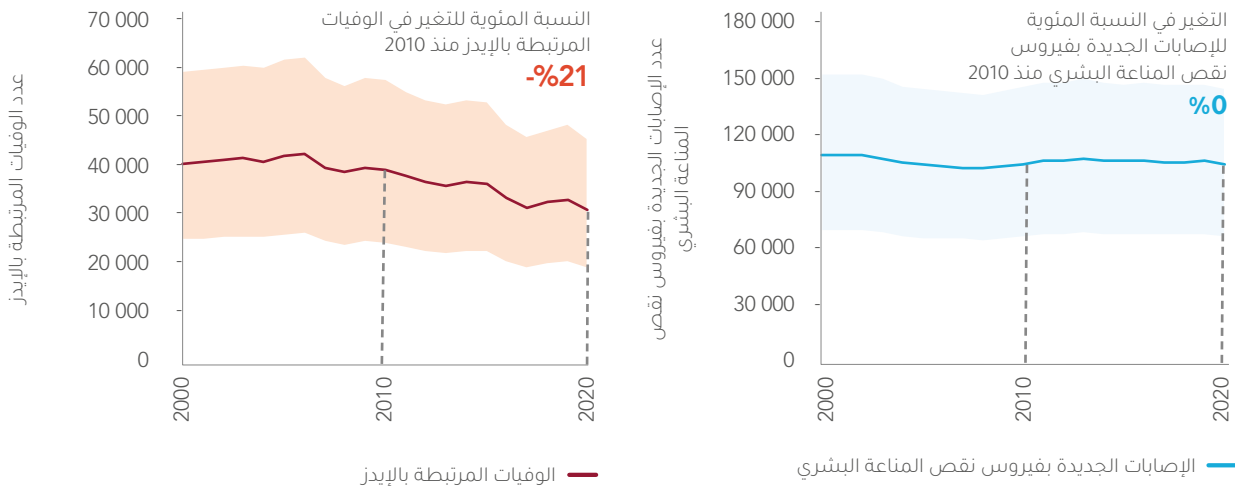
المصدر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

كيف تقرأ هذا الرسم البياني



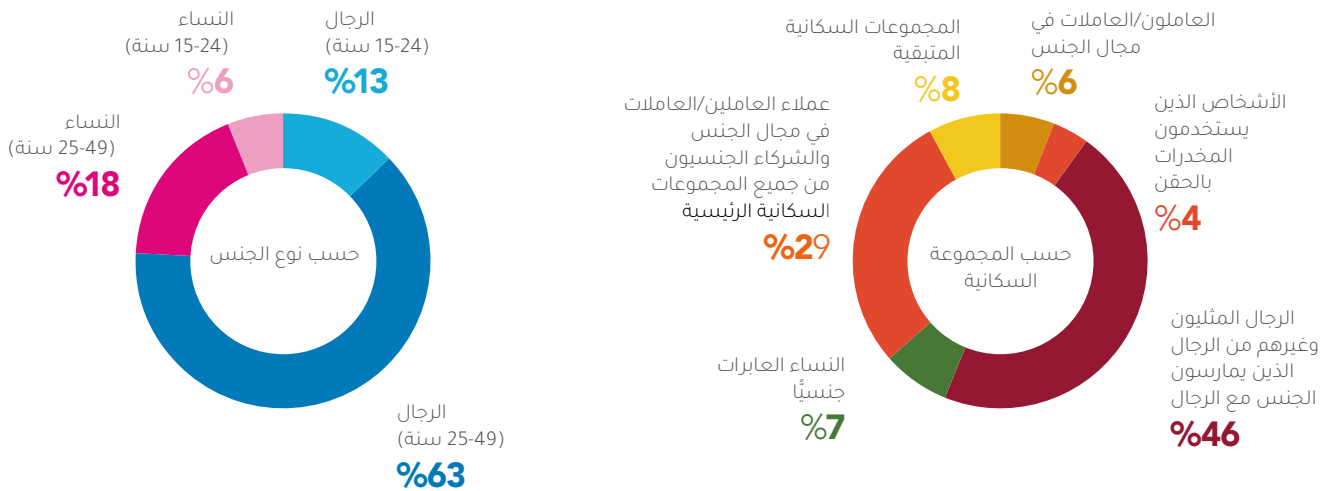
حالة الجائحة

الشكل 16.3 | عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، أمريكا اللاتينية، 2000-2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

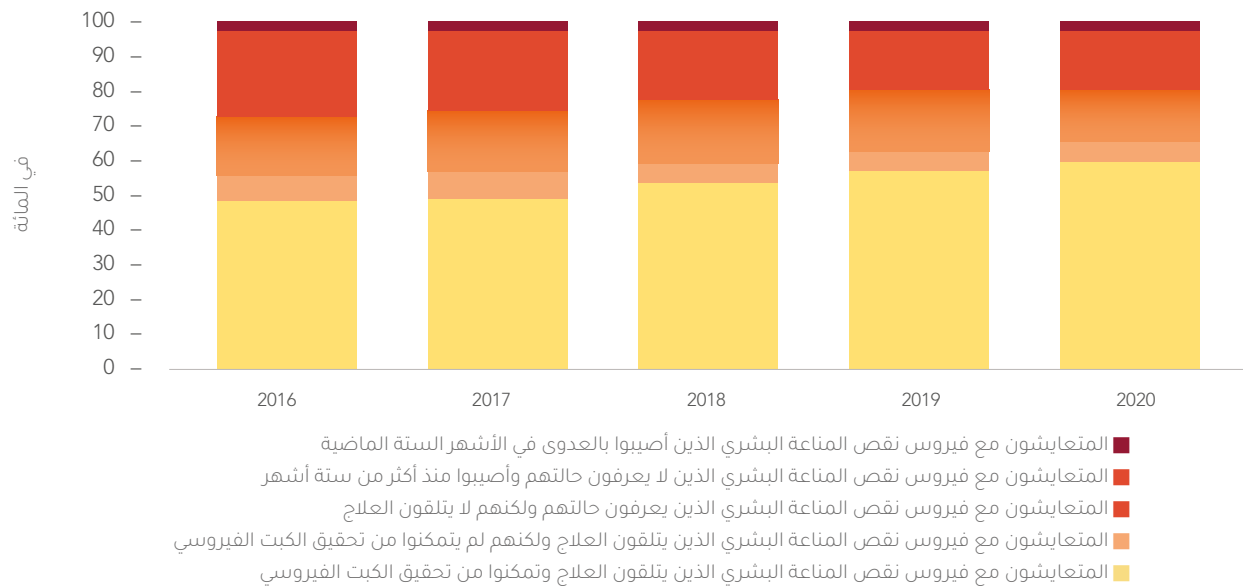
الشكل 16.4 | توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب المجموعة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)، أمريكا اللاتينية، 2020



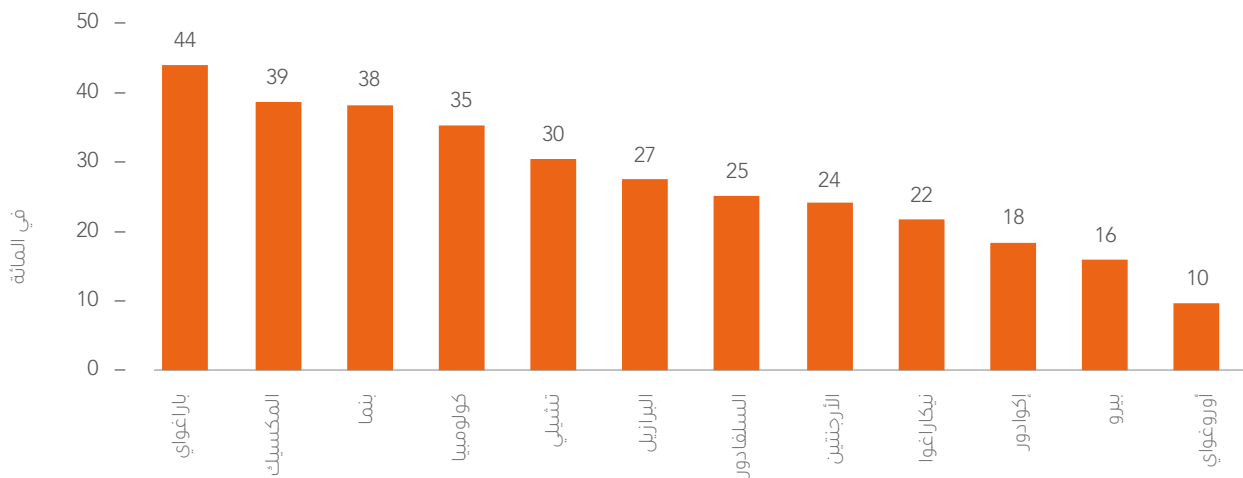
المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (انظر ملحق المناهج).

خدمات فيروس نقص المناعة البشرية

الشكل 16.6 | المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية، والمصابون حديثاً بالعدوى في الأشهر الستة الماضية، وحالة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاماً)، أمريكا اللاتينية، 2016-2020



الشكل 16.7 | النسبة المئوية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية الذين تقل عدد الخلايا التائية CD4 في دمائهم عن 200 خلية/ملم³ عند التشخيص، بلدان مختارة في أمريكا اللاتينية، 2020



المصدر: أداة رصد الإيدز على المستوى العالمي التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021. (<https://aidsinfo.unaids.org>).

الجدول 16.1 | الحجم التقديري المُبلَّغ عنه للمجموعات السكانية الرئيسية، أمريكا اللاتينية، 2018-2020

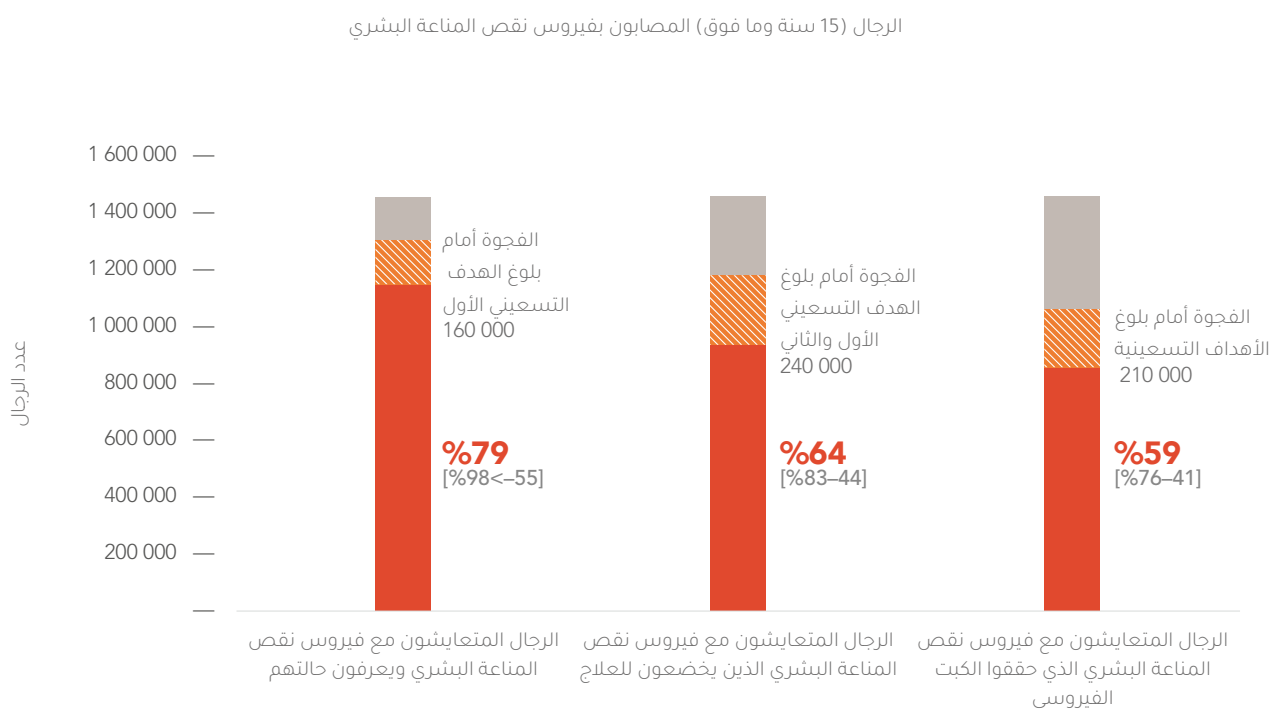
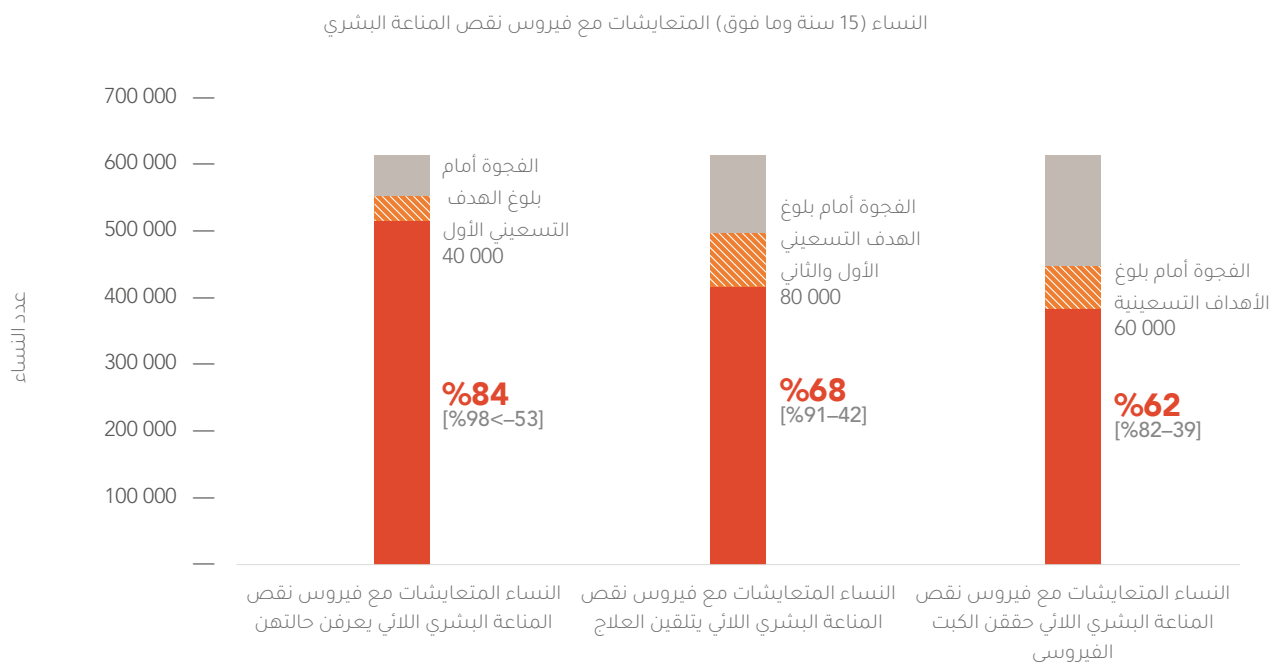
السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	السجناء	العابرون/العابرات جنسيًا من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	العابرون/العابرات جنسيًا	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	العاملون/العاملات في مجال الجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	العاملون/العاملات في مجال الجنس	السكان البالغون على المستوى الوطني (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) في عام 2020 أو في العام ذي الصلة
										بوليفيا (دولة بوليفيا متعددة القوميات)
										6 100 000
0.62%	702 000									114 000 000 البرازيل
0.03%	38 400									9 800 000 تشيلي
0.45%	120 000						300 000			27 400 000 كولومبيا
0.61%	15 800		400							2 600 000 كوستاريكا
0.27%	25 200	0.05%	4300			1.27%	116 000			9 200 000 غواتيمالا
0.31%	202 000	0.19%	123 000			1.85%	1 226 000	0.37%	244 000	66 100 000 المكسيك
0.55%	19 700									3 600 000 نيكاراغوا
			2000				30 000		8600	2 200 000 بنما
			1200				32 200		9000	3 900 000 باراغواي
						1.52%	260 000			17 100 000 بيرو
		0.09%	1600			1.68%	28 600			1 700 000 أوروغواي
		0.10%	15 000							14 600 000 فنزويلا (جمهورية- البوليفارية)
-		0.06%		-		1.69%		25.0%		النسبة الوسطية الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) أ، ب:

■ تقدير حجم السكان على المستوى الوطني
■ تقدير حجم السكان المحليين
■ البيانات غير كافية
■ لا توجد بيانات

المصادر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>) : نموذج Spectrum في برنامج Demproj للتحليل الديموغرافي، 2021: التوقعات السكانية في العالم 2019 [الإنترنت]. نيويورك: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة: <https://population.un.org/wpp> (البيانات المخصصة التي يتم الحصول عليها عبر الموقع الإلكتروني).
أ (Quick Start Guide for Spectrum, 2020. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).
ب Technical brief: recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: WHO, UNAIDS; 2020.
ملحوظة 1: التقديرات الواردة هي تقديرات قدمتها الحكومات وتم الإبلاغ عنها لفترة 2018-2020. وقد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس المجموعات السكانية الرئيسية (<https://kpatlas.unaids.org>) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.
ملحوظة 2: المناطق المشمولة بتقديرات حجم السكان المحليين هي كما يلي:

كولومبيا: بوغوتا، كالي، ميدلين
كوستاريكا: منطقة العاصمة الكبرى
بنما: أزويرو، بوكاس ديل تورو، خيريكى، كوكلي، كوماركا نغاي-بوغلي، وسط بنما، شرق بنما، شمال بنما، غرب بنما، فيراغواس.
باراغواي: ألتو بارانا، أمامباي، منطقة العاصمة (أسونسيون والوسط) وكاغازو (العاملون/العاملات في مجال الجنس): ألتو بارانا، أسونسيون، كاغازو، الوسط (الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال): أمامباي، أسونسيون، الوسط (العابرون/العابرات جنسيًا).
ملحوظة 3: القيم المبلغ عنها للرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال معروضة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) من أجل الاتساق عبر المجموعات السكانية الرئيسية. وستكون النسبة المئوية لهذه المجموعة من السكان الذكور البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) تقريبًا ضعف القيم الموضحة.

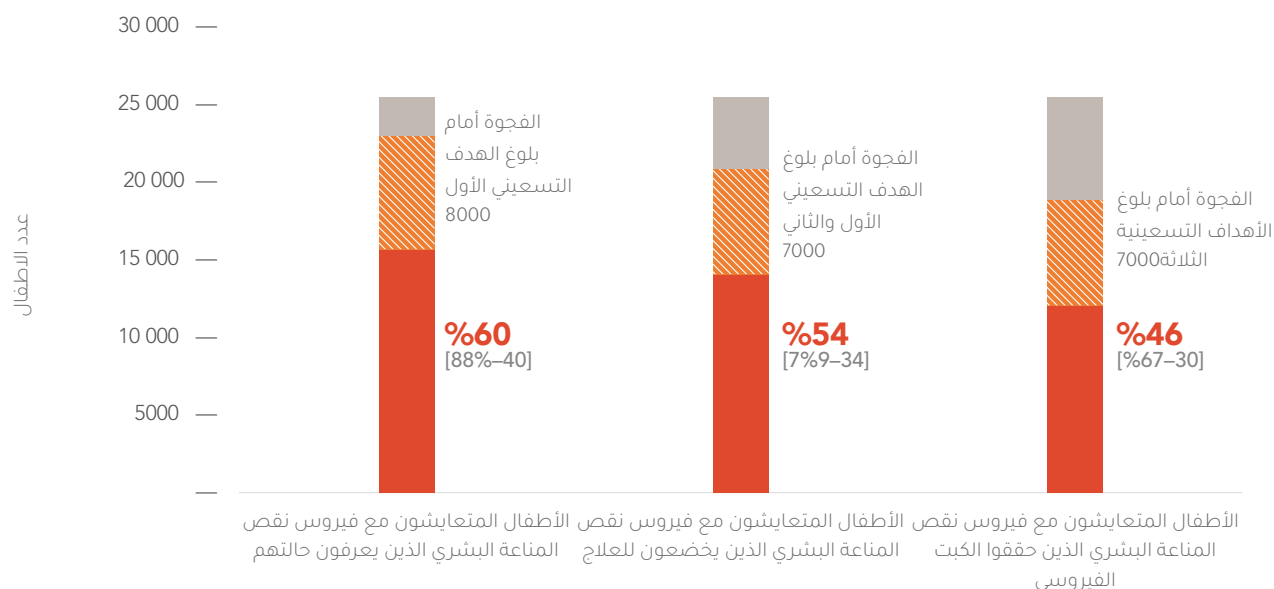
الشكل 16.9 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، النساء (الفئة العمرية +15) مقارنة بالرجال (الفئة العمرية +15)، أمريكا اللاتينية، 2020



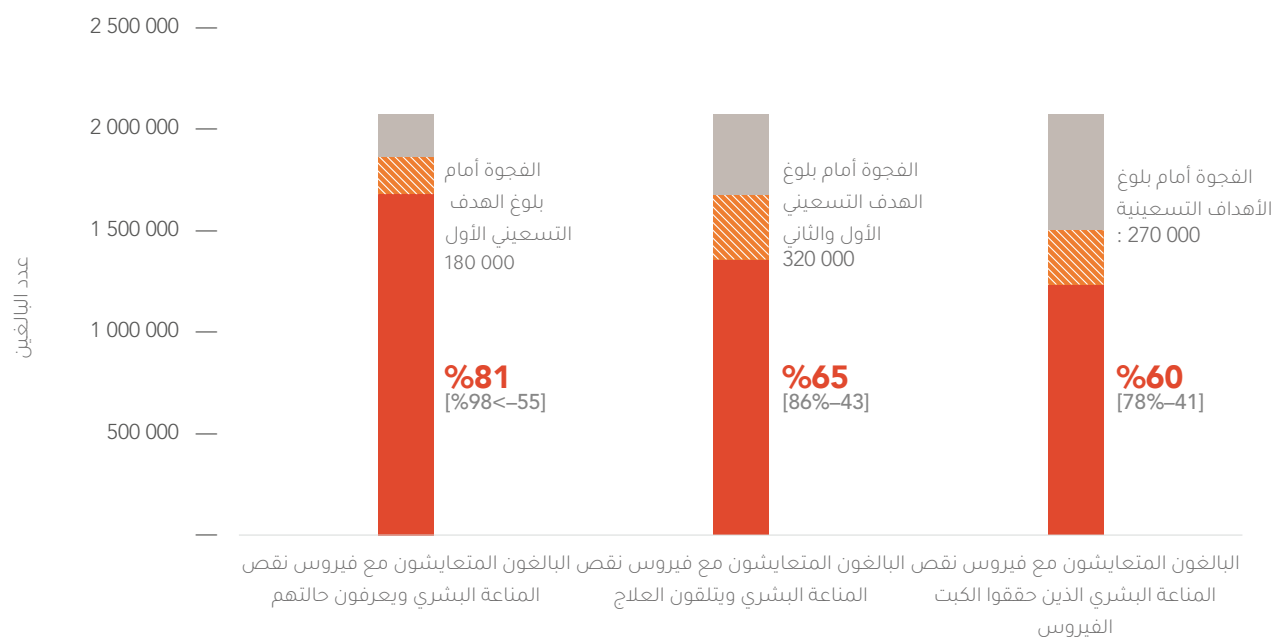
المصدر: تحليل خاص ببرنامح الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

الشكل 16.8 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و14 عامًا) مقارنة بالبالغين (الفئة العمرية +15)، أمريكا اللاتينية، 2020

الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0-14 سنة) المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري



البالغون (15 سنة وما فوق) المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

المصادر

1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. El Salvador. Penal Code. Articles 170 and 170A.
4. Nicaragua. Ley 641. Artículo 178 (https://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/noticia_reciente/CP_641.pdf).
5. Chile. Modifica el Código Penal, El Código de Procedimiento Penal y Otros Cuerpos Legales en Materias Relativas al Delito de Violación: Ley N° 19.617. Artículo 365. (<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=138814&idParte=8346393&idVersion=1999-07-12>).
6. Mendos LR. State-sponsored homophobia, 2020. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; December 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf).
7. Bolivarian Republic of Venezuela. Article 70 of the Ley Orgánica Contra el Tráfico Ilícito y el Consumo de Sustancias Estupeficientes y Psicotrópicas, 2005 (https://web.oas.org/mla/en/G_Countries_MLA/Ven_multla_leg_esp_13.doc.pdf).
8. Honduras. Ley Especial sobre VIH/SIDA, 1999. Article 60 (<http://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/LeyEspecialVIHSIDA.pdf>).
9. Ecuador. Ley 11, Registro Oficial 58, 14 de abril de 2000. Ley para la prevención y asistencia integral del VIH SIDA (http://www.coalicionecuadoriana.org/web/pdfs/LEYPARALAPREVENCIONASISTENCIA_INTEGRALDELVIHSIDA.pdf).
10. El Salvador. Diario Oficial, 12 de Enero de 2017. Art 15 (http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_proteccion_control_infeccion_provocada_por_vih.pdf).
11. Panama. Texto Unico del Código Penal de la República de Panamá. Art 308.
12. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).

ملحوظة: يعتبر أن بلدًا ما قد جرم العابرين/العابرات جنسيًا إذا استخدم القانون لمعاقبة الأفراد العابرين جنسيًا. وقد يجرم هذا القانون صراحة، على سبيل المثال، تقليد الجنس الآخر، بما في ذلك ارتداء ملابس الجنس الآخر. ويعتبر أن البلد لديه تجريم أو تشريع عقابي للعمل في مجال الجنس إذا ما تم تجريم بيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجرير الأنشطة الإضافية المرتبطة ببيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجرير الاستفادة من تنظيم و/أو إدارة الخدمات الجنسية، و/أو وجود لوائح عقابية و/أو إدارية أخرى للعمل في مجال الجنس.

الجدول 16.2 | القوانين العقابية والتمييزية، أمريكا اللاتينية، 2021

القوانين والسياسات

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لاستخراج تصاريح الزواج أو العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري وبقاءهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه أو التعرض له	موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام الشخصي	تجريم الممارسات الجنسية المثلية	تجريم العمل في مجال الجنس	تجريم العابرين/العابرات جنسيًا
1		1	1	1	1	1	1
2		2	2		2	2	2
1		1	1	1	1	1	1
1		1	1	1	5	1	1
2		2	1	1	1	1	2
1		1	1	1	1	1	1
2		9	2	1	2	1	2
1		10	1	1	1	3	1
1		1	1	1	1	1	1
1		1	8	1	1	1	1
1		1	1	1	1	1	2
1		1	1	1	1	4	1
1		11	1	1	1	1	1
1		1	2	1	1	1	1
1		2	2		6		1
1		2	2		2	2	2
1		1	1	7	1	1	1

الأرجنتين

بوليفيا (دولة بوليفيا متعددة القوميات)

البرازيل

تشيلي

كولومبيا

جنوب أفريقيا

إكوادور

سلفادور

غواتيمالا

هندوراس

المكسيك

نيكاراغوا

بنما

باراغواي

بيرو

أوروغواي

فنزويلا (جمهورية البوليفارية)

تجريم العابرين/العابرات جنسيًا

تجريم وملاحقة قضائية

لا تجريم ولا ملاحقة قضائية

البيانات غير متوفرة

تجريم العمل في مجال الجنس

أي تجريم أو لوائح عقابية خاصة بالعمل في مجال الجنس

العمل في مجال الجنس لا يخضع للوائح العقابية أو غير مجرم

المسألة محددة/تختلف على المستوى المحلي

البيانات غير متوفرة

تجريم الممارسات الجنسية المثلية

عقوبة الإعدام

الحبس (14 سنة-مدى الحياة، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد العقوبة

إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم تكن موجودة قط. أو لا يوجد تشريع محدد

البيانات غير متوفرة

القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام الشخصي

لا

نعم

البيانات غير متوفرة

موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 14 أو 16 عامًا

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 12 عامًا

لا

البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه أو التعرض له

نعم

لا، لكن الملاحقات القضائية قائمة على أساس القوانين الجنائية العامة

لا

البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري وبقاءهم وإقامتهم

الترحيل وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

منع الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

طلب إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

لا توجد قيود

البيانات غير متوفرة

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لتصاريح الزواج أو العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة

نعم

لا

البيانات غير متوفرة



ريخارد غيماراييس، مرافق يبلغ من العمر 14 عامًا في طريقه إلى المدرسة في منطقة سان رافائيل شيبينو، في أوكاياي، بيرو.

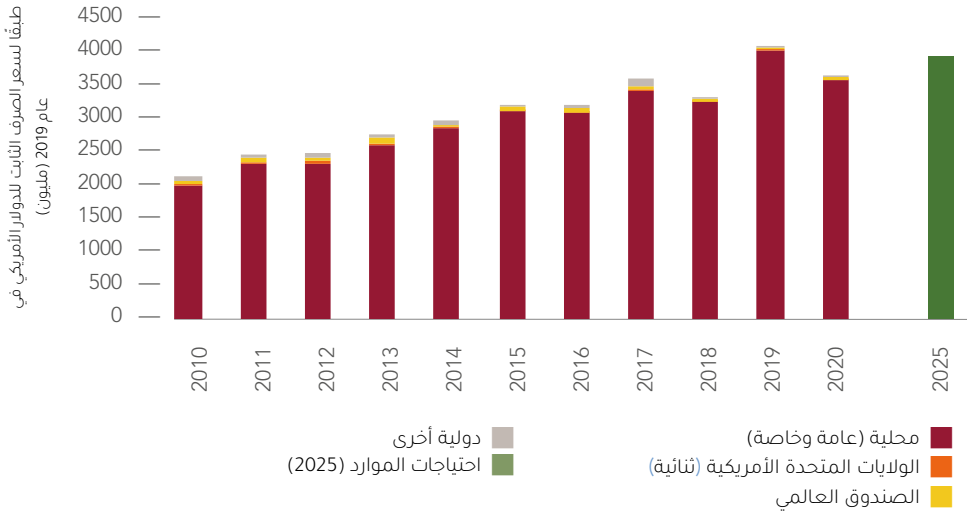
الصورة: اليونيسيف بيرو/بيريرا غارسيا



الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز

نجحت معظم بلدان أمريكا اللاتينية في حشد كميات كبيرة من الموارد المحلية لتمويل استجاباتها لفيروس نقص المناعة البشري. وثمة فجوة تبلغ 8% فقط بين الموارد المتاحة في المنطقة في عام 2020 والمبلغ المطلوب في عام 2025. ومع ذلك، يشير استقرار حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والتراجع البطيء في معدلات الوفيات المرتبطة بالإيدز إلى ضرورة استخدام الموارد المتاحة على نحو أفضل بكثير مما هو عليه.

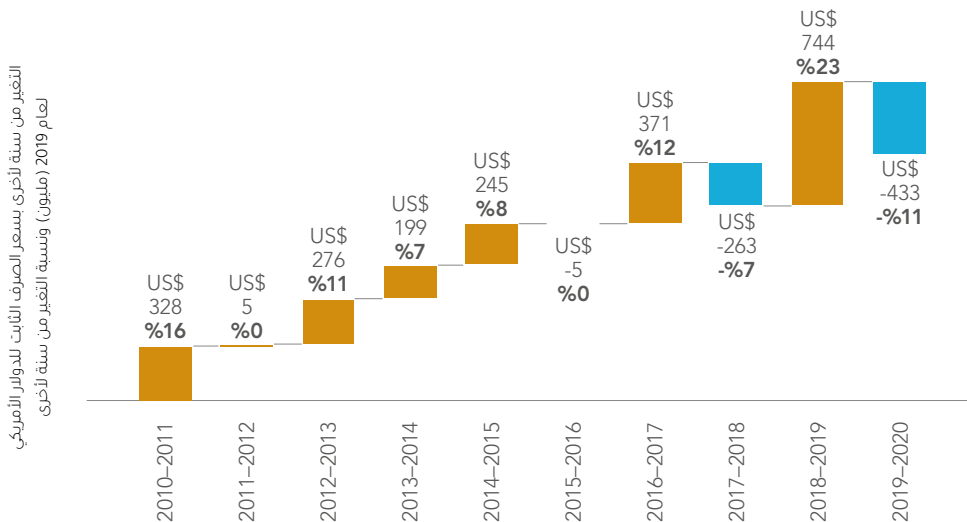
وقد زاد حجم الموارد المحلية بنسبة 79% من عام 2010 إلى عام 2020، وهو ما يمثل 98% من جميع الموارد المخصصة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشري في عام 2020. وانخفضت الموارد من المصادر الدولية بنسبة 55% خلال نفس الفترة. وفي المجمل، زاد حجم الموارد المخصصة لمكافحة الفيروس في المنطقة بنسبة 70% خلال العقد الماضي. وهناك حاجة إلى خفض أسعار وحدات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وإلى زيادة الإنفاق على برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري التي تركز على المجموعات السكانية الرئيسية الأكثر عرضة للإصابة بالفيروس.



الشكل 16.10 | توافر الموارد اللازمة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري، أمريكا اللاتينية، 2010-2020، والاحتياجات المقدّرة من الموارد اللازمة للتصدي للفيروس بحلول عام 2025

المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>)

ملحوظة: تعتمد تقديرات الموارد طبقاً لسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2019.



الشكل 16.11 | التغير من سنة إلى سنة في توافر الموارد اللازمة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري، أمريكا اللاتينية، 2010-2020 إلى 2019

المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021. (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>)

الإصرار والتحالفات والتكتيكات الذكية

وقد شارك المراهقون ومقدمو خدمات الرعاية الصحية والآباء ومنظمات المجتمع المدني في عملية التشاور التي استمرت لمدة 10 أشهر وتوجت بقبول وزارة الصحة للتوصيات الرئيسية. ويتمشى الشرط الجديد الذي يسمح للمراهقين، الذين تبلغ أعمارهم 14 سنة فما فوق بإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري دون موافقة الوالدين، مع سن الموافقة الجنسية على النحو المنصوص عليه في قانون العقوبات.

والآن بعد إزالة الحواجز القانونية، تتمثل الخطوة التالية في وضع بروتوكولات سريرية لاختبار فيروس نقص المناعة البشري لدى المراهقين دون موافقة الوالدين، بما في ذلك التعامل مع اعتبارات الصحة النفسية.

وتُظهر قصة النجاح هذه قيمة النهج التدريجي الذي يجمع بين حملات المجتمع المدني المستمرة وبناء التحالفات، ويستخدم الدعم الفني والدعم الدعوي من وكالات الأمم المتحدة لتعزيز التغييرات التشريعية.

تحول التركيز بعد ذلك إلى تمكين المراهقين في سن 14 فما فوق لإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري بشكل قانوني دون موافقة الوالدين. وركزت الجهود على وزارة الصحة، حيث أقيمت تحالفات بين إدارة فيروس نقص المناعة البشري والإدارات الأخرى، لا سيما تلك المسؤولة عن وضع معايير الرعاية للمراهقين. ونوقشت على نطاق واسع الفوائد الصحية العامة لإضفاء الشرعية على إمكانية حصول المراهقين على اختبار فيروس نقص المناعة البشري. وكانت الطاولة المستديرة للتشاور بشأن مكافحة الفقر، وهي محفل مهيب للحملات من أجل العدالة الاجتماعية والمساواة، طيفاً هاماً. وكان من الحلفاء الرئيسيين أيضاً جماعات المراهقين في المجتمع المحلي التي روجت للقضية بين المراهقين، بدعم من منظمة اليونيسيف.

وبشهد عام 2019 الإنجاز الثاني، حيث أعلنت وزارة الصحة اعتبار اختبار فيروس نقص المناعة البشري للمراهقين جزءاً من حزمة الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الأساسية. وقد مهد ذلك الطريق لعملية تشاركية لوضع معيار صحي تقني جديد لتنظيم رعاية الأطفال والمراهقين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وأقيمت تحالفات مع وزارات أخرى ومكتب أمين المظالم للتأكيد على الأهمية واسعة النطاق لاعتماد معيار جديد وحمائته بشكل استباقي من هجمات الجماعات المحافظة.



تم تطوير حملة هوانكا فيليكا-قف وارفع يدك للمراهقين والمراهقات: #Reimagine A Better Peru- بمشاركة المراهقين البيروفيين من جميع أنحاء البلاد. الصورة: اليونيسيف بيرو/ت. توريس

دراسة حالة

إزالة عقبة موافقة الوالدين في بيرو

يواجه المراهقون في العديد من البلدان حول العالم قيودًا تتعلق بسن الرشد عند محاولة الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وفيرس نقص المناعة البشري. وفي بيرو، تم التغلب على عائقين قانونيين في 2020 بعد سنوات من الحملات التي قام بها النشطاء.

ومن العقبات التي كانت تحول دون حصول المراهقين على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية القانون المدني وقانون الصحة العامة. وينص القانون المدني على أن المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 14 إلى 16 سنة غير مؤهلين قانونيًا لاتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهم الجنسية والإنجابية، التي تتطلب موافقة الوالدين على الوصول إلى هذه الخدمات، بما في ذلك وسائل منع الحمل واختبار فيروس نقص المناعة البشري. كما يشترط الحصول على موافقة الوالدين بالنسبة لأولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 17 و18 سنة، إلا في حالة الزواج أو التحرر. ويعزز قانون الصحة العامة شرط حصول المراهقين على موافقة الوالدين أو الوصي القانوني للتماس أي خدمة صحية.

وتنعكس عدم قدرة المراهقات البيروفيات على التحكم في حياتهن الجنسية والإنجابية في بيانات المسح الوطني، التي تظهر أن أكثر من 13% من الفتيات المراهقات (اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عامًا) في بيرو-24% منهن ينتمين إلى الشريحة الخمسية الأفقر-إما حوامل أو أمهات. وأفادت اثنتان من كل ثلاث مراهقات ممن سبق لهن الحمل بأن حملهن كان غير مقصود (1).

وعلى مدى السنوات الأربع الماضية، أدت الحملات المستمرة التي تقوم بها المنظمات غير الحكومية في بيرو، بدعم قانوني وتقني من وكالات الأمم المتحدة، إلى تفكيك القيود تدريجيًا في عملية قد تكون من أفضل الممارسات التي يمكن الاسترشاد بها في مساعي مماثلة في أماكن أخرى.

وجاء الإنجاز الأول في عام 2016، في شكل تحديث لمعيار تنظيم الأسرة، الذي أعاد تعريف وسائل منع الحمل على أنها لوازم وقائية بدلا من كونها منتجات رعاية طبية. واعتمدت وزارة الصحة في بيرو هذه السياسة، وقد أتاح ذلك للمراهقين الذين تبلغ أعمارهم 14 عامًا فما فوق الحصول على وسائل منع الحمل وغيرها من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية دون اشتراط موافقة والديهم أو الأوصياء القانونيين عليهم.

المراجع

1. Encuesta demográfica y de salud familiar 2017—nacional y regional. Lima: El Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú (https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html).



الإجراءات ذات الأولوية للقضاء على الإيدز

■ تعزيز الملكية والحوكمة على الصعيدين الإقليمي والوطني للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري.

■ تنفيذ السياسات التي تزيل الحواجز الهيكلية التي تعيق الوصول إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشري.

■ إلغاء القوانين والسياسات التي تجرم المتعاضدين مع الفيروس والمعرضين لخطر الإصابة به.

■ تعزيز التخطيط الاستراتيجي للبرامج المتعلقة بالفيروس والعدوى المنقولة جنسياً ورصدها وتقييمها والمساءلة بشأنها.

■ تحسين نوعية البيانات وتعزيز الترصد لمراقبة الاستجابة للفيروس وتوفير الأدلة لاتخاذ القرارات الاستراتيجية.

■ القضاء على الانتقال الرأسي للفيروس في المزيد من البلدان وضمان إعادة التحقق من البلدان التي تم التحقق من قضائها على الانتقال الرأسي بالفعل.

براندي رودريغيز من تحالف ترينيداد وتوباغو للعابرين/العابرات جنسياً. في اليوم الدولي لظهور العابرين/العابرات جنسياً (31 مارس/أذار 2021)، أطلقت شبكة الكاريبي المتحدة للعابرين/العابرات جنسياً نتائج دراسة تشمل آراء وتعليقات عدد من العابرين/العابرات جنسياً وغيرهم من المستجيبين متنوعي الجندر من 11 بلداً في المنطقة. تم الحصول عليها من الدراسات الاستقصائية والمقابلات الفردية وجلسات مجموعات التركيز. وأشار المجيبون إلى عدم القدرة على تغيير مؤشرهم الجنساني، والتمييز في العمل، والتمييز في الخدمات الصحية باعتبارها أهم التحديات التي تواجه مجتمع العابرين/العابرات جنسياً. وباستثناء كوبا، لا يسمح أي بلد في منطقة البحر الكاريبي للأشخاص العابرين جنسياً بتعديل جنسهم في أوراق إثبات الهوية الرسمية.

الصورة: جريدة "نيوزداي" في ترينيداد وتوباغو/أيانا كينسال

منطقة البحر الكاريبي

أحرزت منطقة البحر الكاريبي تقدماً مطرداً في مكافحة الإيدز. لا سيّما فيما يتعلق بتوفير الاختبار والعلاج المنقذين للحياة للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وانخفضت معدلات الوفيات المرتبطة بالإيدز إلى النصف منذ عام 2010. على الرغم من أن المنطقة لم تبلغ الأهداف المرتبطة بالاختبار والعلاج لعام 2020: 82% [96%-70] من المتعايشين مع الفيروس كانوا يعرفون حالتهم، 82% [97%-68] من الذين يعرفون حالتهم كانوا يتلقون العلاج و89% [98%-74] من الأشخاص الذين يتلقون العلاج تمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي.

وقد أظهرت المنظمات التي تقودها المجتمعات المحلية في المنطقة أنها تستطيع، إذا ما حظيت بالدعم الكافي، أن تلعب دوراً رئيسياً في التصدي لأوجه اللامساواة التي تشوب الحصول على خدمات فيروس نقص المناعة البشري؛ وذلك من خلال إيجاد الحالات بشكل أكثر فعالية، وتعزيز الربط بالعلاج والرعاية، ومراعاة السرية والاتساق في تقديم الدعم النفسي الاجتماعي على طول سلسلة الرعاية. وتعد هذه المنظمات ماهرة بشكل خاص في الوصول إلى المجموعات السكانية الرئيسية الذين شكّلوا إلى جانب شركائهم الجنسيين 68% من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة في عام 2020.

وتسببت جائحة كوفيد-19 والكوارث الطبيعية في تعطيل النظم الصحية، مما أدى إلى تفاقم الفجوات المالية والتقنية والموارد البشري في الخدمات الصحية. ويتطلب التغلب على هذه الاضطرابات واستمرار التوسع في خدمات فيروس نقص المناعة البشري نحو بلوغ أهداف عام 2025 التنفيذ الكامل لأفضل الممارسات فيما يتعلق بالتوليفة الوقائية والاختبار والعلاج. ويشمل ذلك الاختبار الذاتي، واختبار المؤشر القائم على الحقوق، وصرف الأدوية لعدة أشهر، والتحول إلى نظم علاج الخط الأول الأكثر فعالية.

كما ساهمت الجائحة في تفاقم ممارسات العنف القائم على النوع الاجتماعي، والتي-إلى جانب أوجه اللامساواة بين الجنسين والوصم والتمييز- لا تزال تعوق استجابة المنطقة لفيروس نقص المناعة البشري. وعلى الرغم من إحراز بعض التقدم في السياسة العامة نحو القضاء على التمييز القائم على النوع الاجتماعي والجنس، لا تزال العلاقات غير المتكافئة بين الجنسين هي القاعدة. فيما تعاني الأقليات الجنسية من قسوة الوصم الاجتماعي والتمييز. ومن شأن اتباع نهج متكامل إزاء فيروس نقص المناعة البشري والصحة الجنسية والإنجابية وخدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي أن يساعد في الوصول إلى المراهقات والشابات والمجموعات السكانية الرئيسية المهملة.

الشكل 17.3 | معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية، البلدان المبلغة في منطقة البحر الكاريبي، 2016-2020

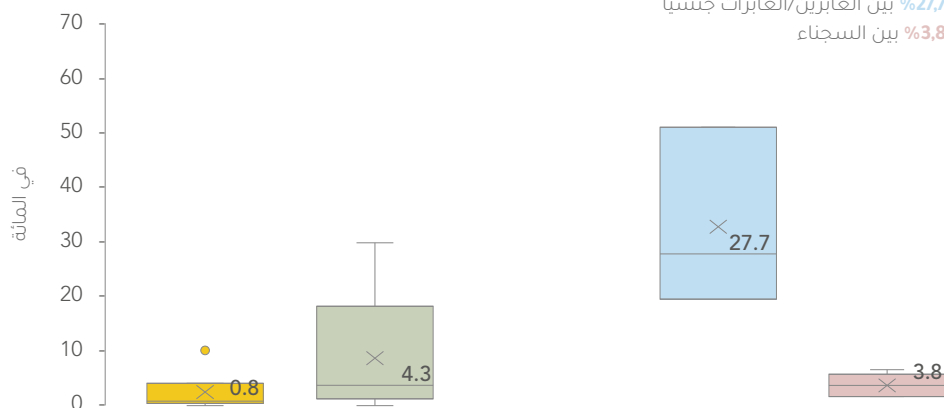
كان متوسط انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البلدان التي أبلغت عن هذه البيانات في شرق وجنوب أفريقيا:

0,8% بين العاملين/العاملات في مجال الجنس

4,3% بين الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال

27,7% بين العابرين/العابرات جنسياً

3,8% بين السجناء



العاملون/العاملات في مجال الجنس (عدد البلدان = 14)

الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (عدد البلدان = 15)

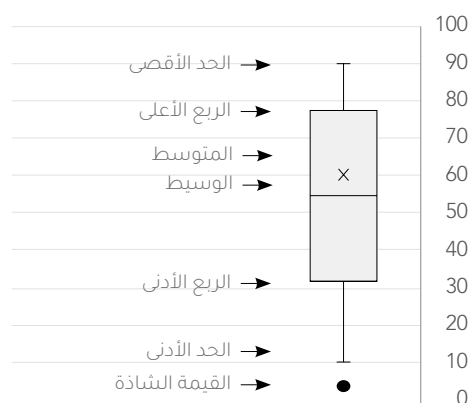
الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن (عدد البلدان = 2)

العابرون/العابرات جنسياً (عدد البلدان = 14)

السجناء (عدد البلدان = 11)

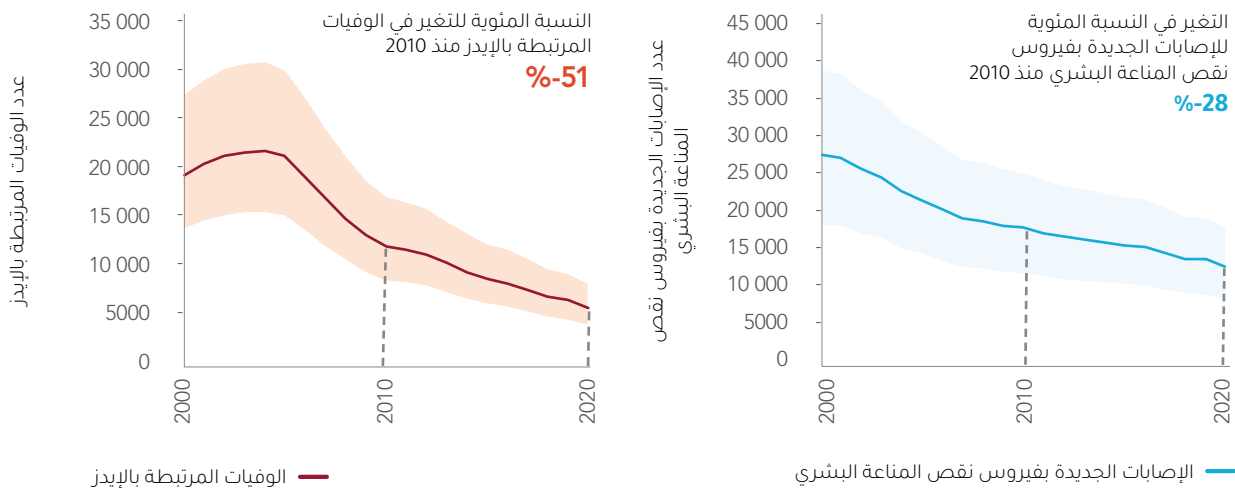
المصدر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

كيف تقرأ هذا الرسم البياني



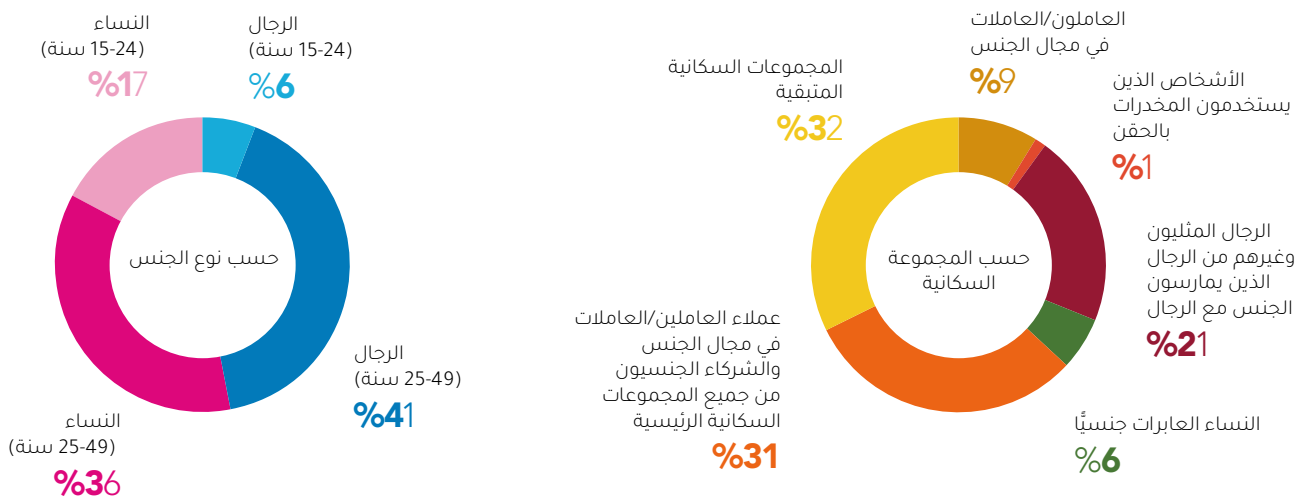
حالة الجائحة

الشكل 17.1 | عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، البحر الكاريبي، 2000-2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

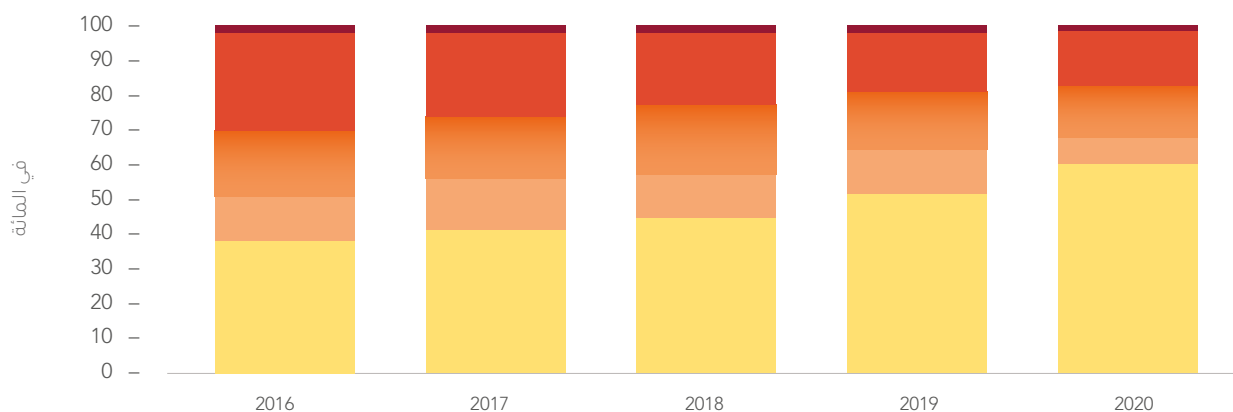
الشكل 17.2 | توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب المجموعة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)، البحر الكاريبي، 2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (انظر ملحق المناهج).

خدمات فيروس نقص المناعة البشري

الشكل 17.4 | المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والمصابون حديثاً بالعدوى في الأشهر الستة الماضية، وحالة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عامًا)، منطقة البحر الكاريبي، 2016-2020



■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين أصيبوا بالعدوى في الأشهر الستة الماضية
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين لا يعرفون حالتهم وأصيبوا منذ أكثر من ستة أشهر
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالتهم ولكنهم لا يتلقون العلاج
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون العلاج ولكنهم لم يتمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي
 ■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون العلاج وتمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي

المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

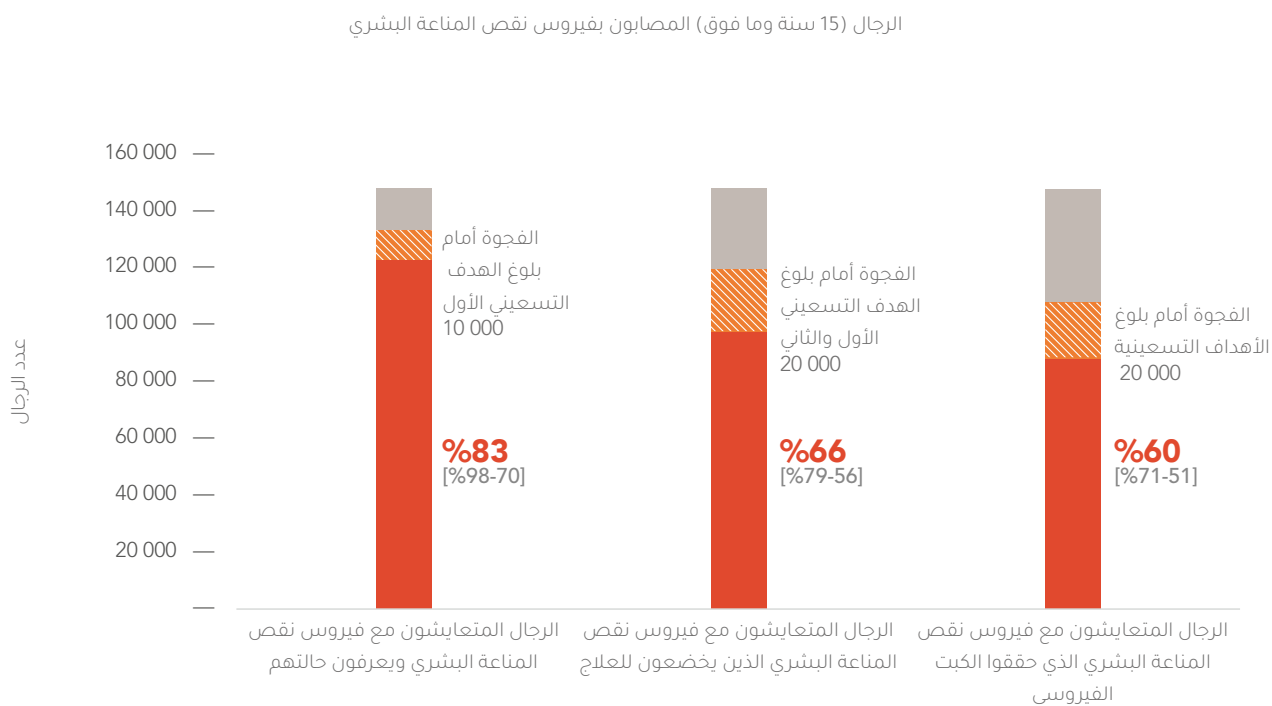
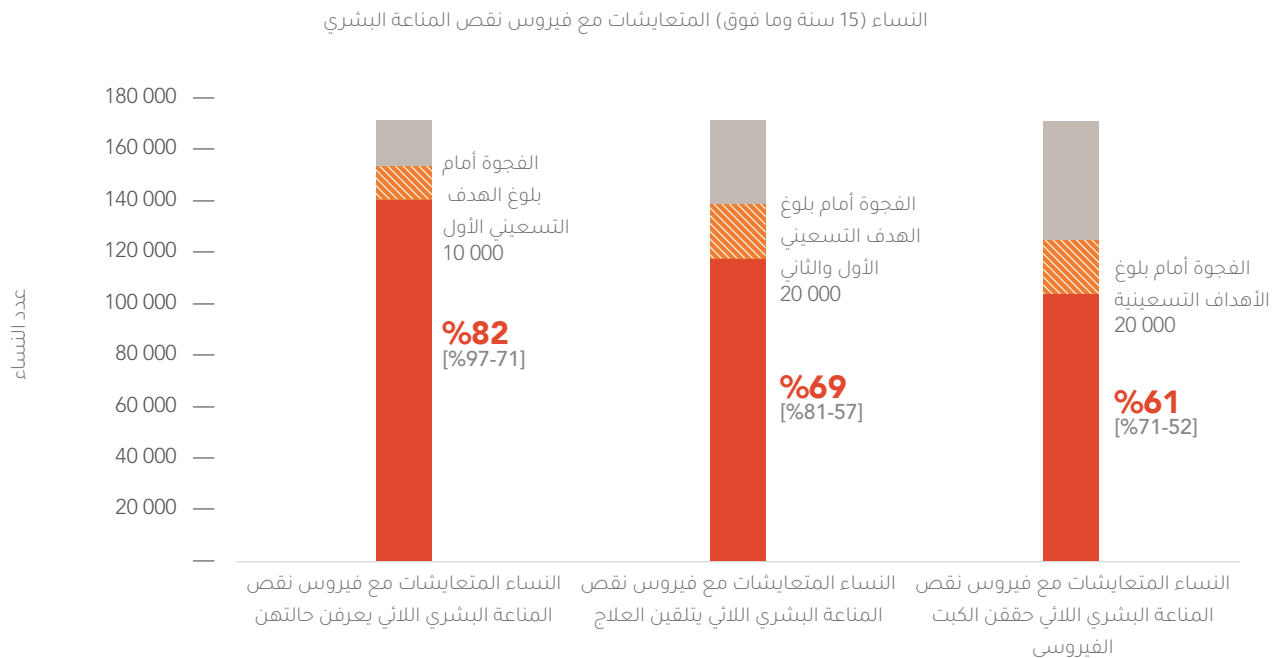
الجدول 17.1 | الحجم التقديري المُبلّغ عنه للمجموعات السكانية الرئيسية، منطقة البحر الكاريبي، 2018-2020

السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	السجناء	العابرون/العابرات جنسيًا من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	العابرون/العابرات جنسيًا	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	العاملون/العاملات في مجال الجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	العاملون/العاملات في مجال الجنس	السكان البالغون على المستوى الوطني (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) في عام 2020 أو في العام ذي الصلة	
1.11%	2300									210 000	جزر البهاما
50.0%	29 000									5 800 000	جمهورية الدومينيكان
0.19%	12 000									6 100 000	هايتي
		0.21%	3800			2.65%	42 000			1 600 000	جامايكا
0.51%	500					2.97%	3000			101 000	سانت لوتشيا
										56 000	سانت فنسنت وجزر غرينادين
										300 000	سورينام
-		0.19%				1.35%		-		النسبة الوسطية الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) أ. ب:	

■ تقدير حجم السكان على المستوى الوطني
■ تقدير حجم السكان المحليين
■ البيانات غير كافية
■ لا توجد بيانات

المصادر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) : نموذج Spectrum في برنامج Demproj للتحليل الديموغرافي، 2021؛ التوقعات السكانية في العالم 2019 [الإنترنت]. نيويورك: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة: 2020 (<https://population.un.org/wpp/>) (البيانات المخصصة التي يتم الحصول عليها عبر الموقع الإلكتروني).
أ. Quick Start Guide for Spectrum, 2020. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).
ب. Technical brief: recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: WHO, UNAIDS; 2020.
ملحوظة 1: التقديرات الواردة هي تقديرات قدمتها الحكومات وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2020. وقد تتوفر تقديرات إضافية وبديلة من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس المجموعات السكانية الرئيسية (<https://kpatlas.unaids.org/>) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.
ملحوظة 2: القيم المبلغ عنها للرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال معروضة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) من أجل الاتساق عبر المجموعات السكانية الرئيسية. وستكون النسبة المئوية لهذه المجموعة من السكان الذكور البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) تقريبًا ضعف القيم الموضحة.

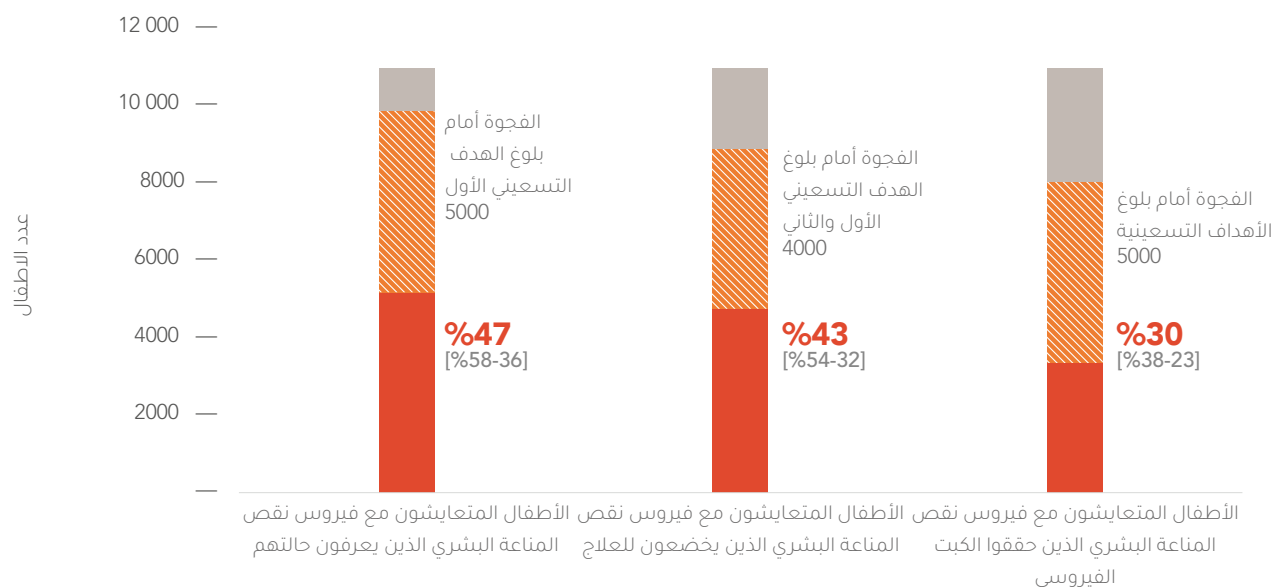
الشكل 17.6 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، النساء (الفئة العمرية +15) مقارنة بالرجال (الفئة العمرية +15)، منطقة البحر الكاريبي، 2020



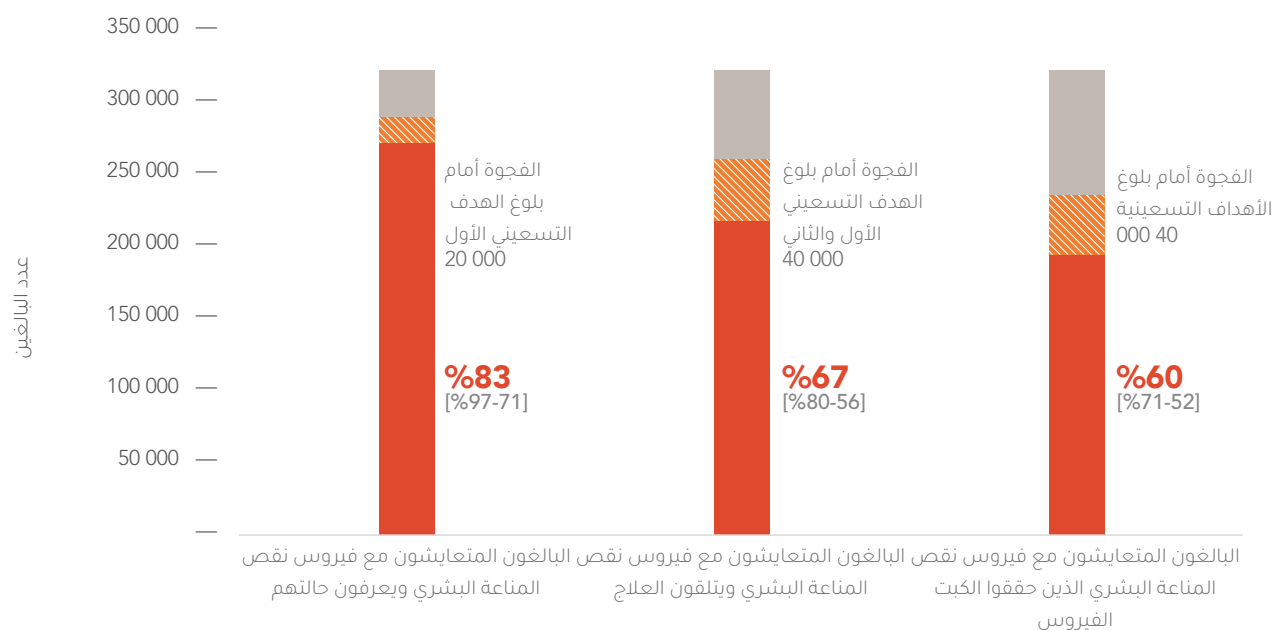
المصدر: تحليل خاص ببرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

الشكل 17.5 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 14 عامًا) مقارنة بالبالغين (الذين تبلغ أعمارهم 15 عامًا فما فوق)، منطقة البحر الكاريبي، 2020

الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0-14 سنة) المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري



البالغون (15 سنة وما فوق) المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

المصادر

1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. Geneva: ILGA World; 2020.
5. Cuba. Penal Code. Article 302 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/cu/cu004es.pdf>).
6. Grenada. Criminal Code. Chapter 72A (76 of 1958), section 137 (30) (<https://prostitution.procon.org/sourcefiles/GrenadaCriminalCode.pdf>).
7. Antigua and Barbuda. The Sexual Offences Act, 1995 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/42538/79312/F1146620290/ATG42538.pdf>).
8. Barbados. Sexual Offences Act (1992) provisions. Section 9 (<https://www.2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/lgbti2.pdf>).
9. Mendos LR. State-sponsored homophobia, 2020. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; December 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf).
10. Saint Lucia. Criminal Code, 2005. Art 133 (<http://www.govt.lc/media.govt.lc/www/resources/legislation/Criminal%20Code.pdf>).
11. Trinidad and Tobago. Sexual Offences Act, 27 of 1986. Art 13 (https://rgd.legalaffairs.gov.tt/laws2/Alphabetical_List/lawspdfs/11.28.pdf).
12. Sexual Rights Initiative database [database]. Sexual Rights Initiative; c2016 (<http://sexualrightsdatabase.org/map/21/Adult%20sex%20work>).
13. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2018 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
14. National HIV testing and counselling policy. Port of Spain: Ministry of Health [Trinidad and Tobago]; 2006 (www.health.gov.tt/downloads/DownloadItem.aspx?id=258).
15. Global HIV Criminalisation Database [database]. Amsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
16. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
17. Republic of Trinidad and Tobago. Claim No. CV2017-00720, 12 April 2018 (http://webopac.ttlawcourts.org/LibraryJud/Judgments/HC/rampersad/2017/cv_17_00720DD12apr2018.pdf).
18. Republic of Trinidad and Tobago. Claim No. CV2017-00720, 20 September 2018 (http://webopac.ttlawcourts.org/LibraryJud/Judgments/HC/rampersad/2017/cv_17_00720DD20sep2018.pdf).

ملحوظة: يعتبر أن بلدًا ما قد جرم العابرين/العابرات جنسيًا إذا استخدم القانون لمعاقبة الأفراد العابرين جنسيًا. وقد يجرم هذا القانون صراحة، على سبيل المثال، تقليد الجنس الآخر، بما في ذلك ارتداء ملابس الجنس الآخر. ويعتبر أن البلد لديه تجريم أو تشريع عقابي للعمل في مجال الجنس إذا ما تم تجريم بيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجريم الأنشطة الإضافية المرتبطة ببيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجريم الاستفادة من تنظيم و/أو إدارة الخدمات الجنسية، و/أو وجود لوائح عقابية و/أو إدارية أخرى للعمل في مجال الجنس.

القوانين والسياسات

الجدول 17.2 | القوانين العقابية والتمييزية، منطقة البحر الكاريبي، 2021

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لاستخراج تصاريح الزواج أو العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاطين مع فيروس نقص المناعة البشري وبقاءهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه أو التعرض له	موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام الشخصي	تجريم الممارسات الجنسية المثلية	تجريم العمل في مجال الجنس	تجريم العابرين/العابرات جنسياً
2		2	2		7	2	2
1		1	1		1	1	1
1			2		8	1	1
		15	12		9		4
2		2	2		9	5	2
3		3	3		9		3
1		1	1	1	1	1	1
					9	6	
2		2	12	1	2	1	2
1		2	1	1	1	1	1
2		2	2	2	2	2	2
1		1	1	1	1	1	1
2		2	1	1	10	1	2
2		2			9	2	
13		3	13		9		3
1		1	14	1	18, 17	1	1

تجريم العابرين/العابرات جنسياً

تجريم وملاحقة قضائية

لا تجريم ولا ملاحقة قضائية

البيانات غير متوفرة

تجريم العمل في مجال الجنس

أي تجريم أو لوائح عقابية خاصة بالعمل في مجال الجنس

العمل في مجال الجنس لا يخضع للوائح العقابية أو غير

معزّم

المساءلة محددة/تختلف على المستوى المحلي

البيانات غير متوفرة

تجريم الممارسات الجنسية المثلية

عقوبة الإعدام

الحبس (14 سنة-مدى الحياة، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد

العقوبة

إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم

تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد

البيانات غير متوفرة

القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام

الشخصي

لا

نعم

البيانات غير متوفرة

موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص

المناعة البشري

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 14 أو 16 عامًا

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 12 عامًا

لا

البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم

الإفصاح عنه أو التعرض له

نعم

لا، لكن الملاحظات القضائية قائمة على أساس القوانين

الجنائية العامة

لا

البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاطين مع فيروس نقص

المناعة البشري وبقاءهم وإقامتهم

الترحيل وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار

فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

منع الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار فيروس نقص

المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

طلب إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول

على بعض التصاريح

لا توجد قيود

البيانات غير متوفرة

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لتصاريح الزواج أو

العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة

نعم

لا

البيانات غير متوفرة

استخدام التقاضي الاستراتيجي لإزالة القوانين التمييزية في منطقة البحر الكاريبي

العابرين/العابرات جنسيًا في مدينة جورج تاون في عام 2009 بسبب ارتدائهم ملابس الجنس الآخر. وبدعم من مشروع الدفاع عن حقوق الإنسان التابع لجامعة جزر الهند الغربية (U-RAP)، طعنت أربع من النساء العابرات جنسيًا في دستورية "قانون التشرد" الذي يعود إلى القرن التاسع عشر والذي تمت مقاضاتهم بموجبه (2، 3).¹

وقامت منظمة غيانا ترانس يوناييتد-وهي منظمة للعابرين/العابرات جنسيًا شكّلت من قبل أحد المتقاضين، ويدعى غاليفر ماك إيوان-بمساندة الدعوى القضائية، وكذلك فعلت جمعية مناهضة التمييز في الميول الجنسية، وهي منظمة غير حكومية تأسست في عام 2003 لإنهاء التمييز على أساس الميل الجنسي والتنوع الاجتماعي في غيانا.² وساعد برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز ومجموعة من المنظمات غير الحكومية في التعريف بالقضية وتشجيع الحوار العام بشأن ضرورة إجراء إصلاحات قانونية وتحقيق قدر أكبر من العدالة الاجتماعية.

وفي الاستئناف، وجدت محكمة غيانا العليا في سبتمبر/أيلول 2013 أن حق الطاعنين في الحرية قد انتهك، بيد أنها لم تعتبر القانون الذي استخدم ضدهم غير دستوري ولا مبهم ولا تمييزي. وحدثت نكسة أخرى بعد أربع سنوات، عندما ذهبت محكمة الاستئناف في غيانا إلى أبعد من ذلك وقضت بأن حق المستأنفين في الحرية لم ينتهك (4).

ولم يترك ذلك سوى سبيل انتصاف نهائي واحد: الاستئناف أمام محكمة العدل الكاريبية، مما تطلب المزيد من سنوات الحملات والعمل القانوني. وفي أواخر عام 2018، انتصرت العدالة عندما حكمت المحكمة أن القانون ينتهك دستور غيانا وبالتالي فهو باطل (5).

أصبحت المجموعات التي يقودها المجتمع المحلي بارعة بشكل متزايد في استخدام التقاضي الاستراتيجي لإلغاء القوانين التي تقرر انتهاكات حقوق مجتمعات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي وعابري/عابرات الجنس وثنائيي الجنس وتعرّض صحتهم وحياتهم للخطر.

ويتطلب استخدام المحاكم للتخلص من القوانين التمييزية عزيمة فولاذية والكثير من الصبر والتعاون القائمة على الثقة بين المنظمات التي تقوم بالحملات والمهنيين القانونيين. لكنه غالبًا ما يؤدي ثماره: ففي السنوات الأخيرة، نجحت التحديات القضائية في العديد من البلدان حول العالم، مما أسفر عن سوابق قانونية جديدة حيوية.

كما يدافع العديد من هذه المبادرات عن الناس ضد التمييز والمضايقات والعنف من خلال زيادة محو الأمية القانونية والتدريب ونشر المساعدين القانونيين في الشوارع وإنشاء عيادات "تعرف على حقوقك".

ويأتي استخدام التقاضي في أعقاب نداءات تم توجيهها إلى المسؤولين الحكوميين المنتخبين لإجراء إصلاحات برلمانية-وهي جهود فشلت فشلًا ذريعًا في تغيير القوانين التي تضر بمجتمعات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسية والعابرين/العابرات جنسيًا في منطقة البحر الكاريبي.

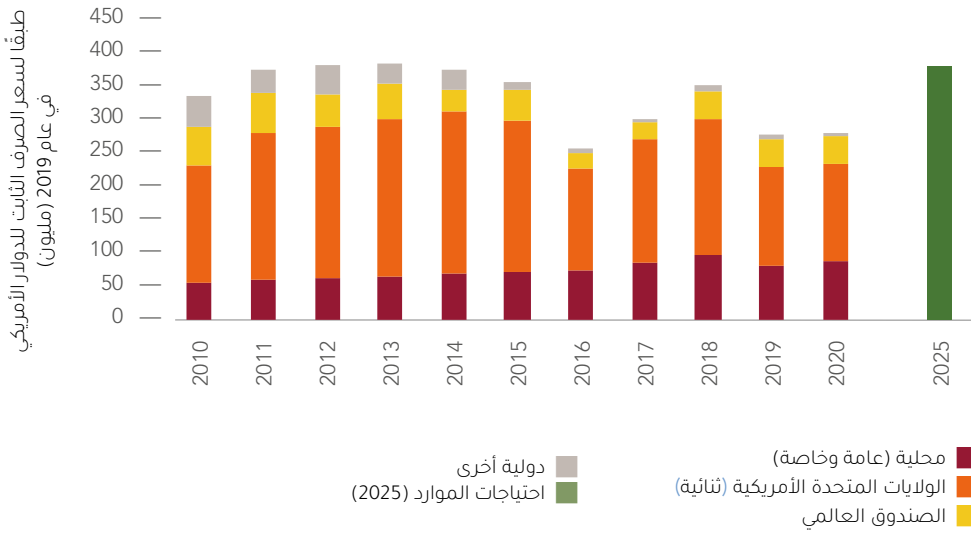
وفي غيانا، على سبيل المثال، استغرق الأمر ماراثون من المعارك القضائية المطولة قبل أن تحكم محكمة الاستئناف النهائية في منطقة البحر الكاريبي بأن أحد القوانين التمييزية العقابية التي تعود إلى الحقبة الاستعمارية غير دستوري (1). وقد نشأت حملة غيانا إثر اعتقال وإدانة سبعة من

¹ استخدم الادعاء قانون الولاية القضائية الموجزة (الجرائم) لعام 1893، وتحديداً المادة 153(1) (الفقرة 47)، التي تتناول "الجرائم المرتكبة ضد الدين والأخلاق والملاءمة العامة".

² لمعرفة المزيد عن منظمة غيانا ترانس يوناييتد، انظر: <https://www.facebook.com/Guyana-Trans-United-GTU-148525782006659>، لمعرفة المزيد عن جمعية مناهضة التمييز في الميول الجنسية، انظر: <http://www.sasod.org.gy>.

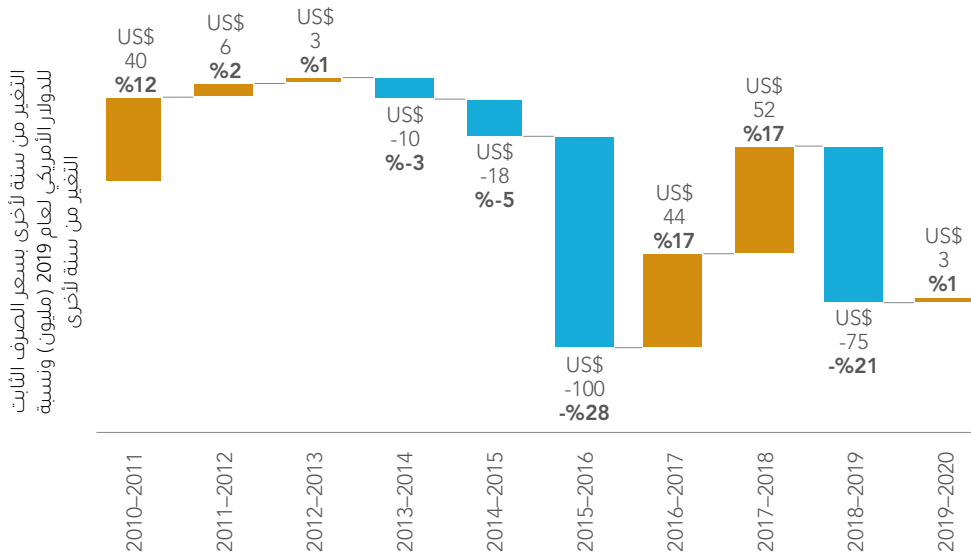
الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز

في عام 2020، بلغت نسبة الموارد المتاحة للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في منطقة البحر الكاريبي 74% من أهداف الموارد المنشود تحقيقها في المنطقة بحلول عام 2025. وتزامنت الاستثمارات الكبيرة نسبياً لكل شخص متعايش مع الفيروس-بما في ذلك نسبة كبيرة من الدعم المقدم من المانحين-مع انخفاض مطرد في معدلات العدوى والوفيات. وقد تذبذب توافر الموارد في السنوات الأخيرة، حيث ارتفع بنسبة 15% بين عامي 2017 و2018، ثم انخفض بنسبة 13% بين عامي 2018 و2019، ثم ارتفع مرة أخرى، بزيادة 7% بين عامي 2019 و2020.



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

ملحوظة: تعتمد تقديرات الموارد طبقاً لسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2019.



المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards>).

1. CCJ Declares Guyana's Cross-Dressing Law Unconstitutional. In: The Caribbean Court of Justice [Internet]. 13 November 2018. Caribbean Court of Justice; c2021 (<https://ccj.org/ccj-declares-guyanas-cross-dressing-law-unconstitutional/>).
2. Elks S. Guyana strikes down law against 'improper' cross-dressing. In: Reuters [Internet]. 14 November 2018. Reuters; c2021 (<https://www.reuters.com/article/us-guyana-lgbt-crossdressing-idUSKCN1NJ2R6>).
3. Sharples C. Guyana's transgender activities fight archaic law. In: BBC News [Internet]. 26 March 2017. BBC; c2021 (<https://www.bbc.com/news/world-latin-america-39292599>).
4. 10 questions about the Caribbean Court of Justice hearing on the Guyana cross-dressing law answered: summary FAQ. Georgetown: U-RAP; 2018.
5. How discriminatory Caribbean laws are being challenged in the courts. In: UNAIDS.org [Internet]. 1 Mar 2019. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/march/20190301_caribbean-laws).
6. Caribbean community organizations call for decisive action to end homophobic abuse and cyberbullying. In: UNAIDS.org [Internet]. 29 May 2020. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200529_caribbean_homophobia_bullying).

الإنسان التابع لجامعة جزر الهند الغربية. حيث تم الطعن في القانون الذي نص على معاقبة الجنس بين الرجال بالسجن لمدة تصل إلى 10 سنوات.

وبعد ذلك بعامين، قضت المحكمة العليا في ترينيداد وتوباغو بعدم تجريم العلاقات الجنسية بين البالغين بالتراضي. وبعد فترة وجيزة، تم الاستشهاد بهذا الحكم في قرار المحكمة العليا الهندية 2018 الذي يلغي تجريم الجنس المثلي.

ويرى كاليب أورووكو، من الحركة المتحدة للدعوة في بيليز، أن هذه الانتصارات لها تأثير: حيث قال "إنها تجبر المؤسسات على النظر في ممارساتها الإدارية والتمييز الذي تبرره بموجب هذا القانون" (5).

ومن خلال المضي قدماً، يمكن بذل المزيد من الجهود لوضع تدابير حماية إيجابية، مثل تشريعات جرائم الكراهية، ومحاسبة المسؤولين عن إنفاذ القانون عندما يسيئون استخدام سلطاتهم ويعملون على تغيير المواقف الاجتماعية. ففي بيليز، على سبيل المثال، يجري حوار وطني بشأن مشروع قانون مقترح لتكافؤ الفرص (6).

وصرحت أدريان سوندرز، رئيسة محكمة العدل الكاريبية بأنه "لا ينبغي لأحد أن تداس كرامته أو يُحرم من حقوقه الإنسانية لمجرد الاختلاف".

وقد كانت معارك المحكمة اختباراً للحماية التي يقدمها دستور غويانا للعابرين/العابرات جنسياً والأشخاص غير المطابقين للأوصاف الجنسية وغيرهم من المجموعات السكانية المهمشة.

وقالت السيدة ماك إيوان: "كان من المهم جداً بالنسبة لنا أن نسمع صوتنا وأن نحصل على العدالة".

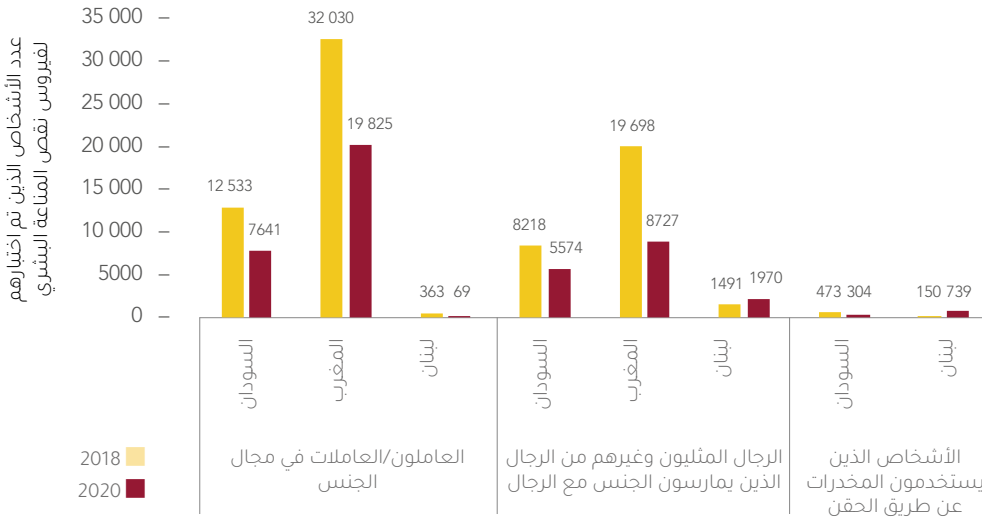
وتعد الحماية من انتهاكات الحقوق أمراً بالغ الأهمية في بلد تزيد فيه نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين العابرات جنسياً عن 8% (مقارنة بـ 1.7% من إجمالي السكان البالغين). ومن شأن القوانين التمييزية مقترنة بالوصم والتمييز أن يجعلهن وغيرهن من المجموعات السكانية الرئيسية أكثر عرضة للإصابة بالفيروس.

كما نجح هذا التكتيك أيضاً في بيليز، التي أصبحت في عام 2016 ثاني دولة مستقلة في الكومنولث الكاريبي تقوم بإلغاء تجريم ممارسة الجنس بالتراضي بين الرجال. وجاء هذا القرار في أعقاب النجاح في الاحتكام إلى القضاء، بدعم أيضاً من مشروع الدفاع عن حقوق



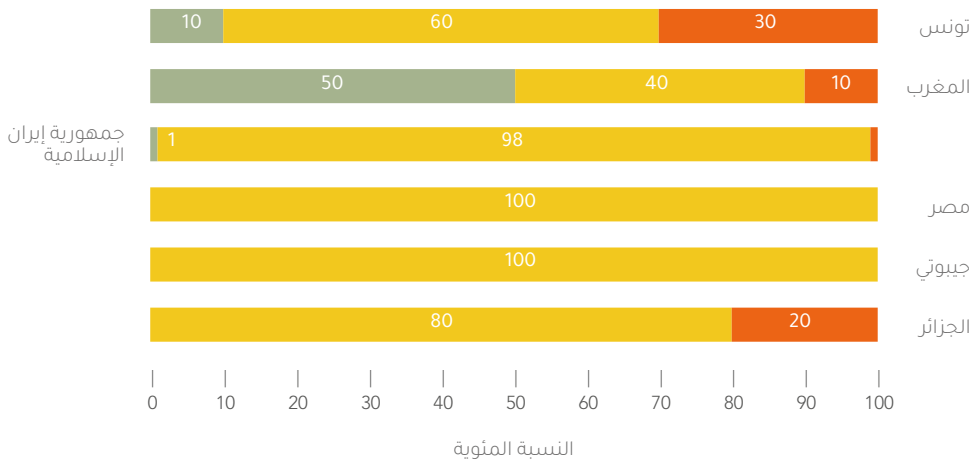
أعضاء مشروع الدفاع عن حقوق الإنسان التابع لجامعة جزر الهند الغربية (U-RAP) يدعمون النساء العابرات جنسياً وحقوقهن في محكمة العدل الكاريبية في غويانا. الصورة: ميكيل غوارانفرانكو ألكساندر

الشكل 18.1 | عدد الأشخاص الذين تم اختبارهم لفيروس نقص المناعة البشري، حسب المجموعة السكانية، بلدان مختارة، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2018 و2020



المصدر: الإبلاغ عن حالات فيروس نقص المناعة البشري في منطقة شرق البحر المتوسط. 2019. طهران: مركز أبحاث ترصد فيروس نقص المناعة البشري/الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. ومركز منظمة الصحة العالمية المتعاون المعني بترصد فيروس نقص المناعة البشري. بيانات عام 2020 المقدمة من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

الشكل 18.2 | النسبة المئوية للمتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يصرفون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لعدة أشهر، ستة بلدان في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2020



المصدر: تحليل السياسات الخاص ببرنامح الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021.

الإجراءات ذات الأولوية للقضاء على الإيدز

- توسيع نطاق الوصول إلى فيروس نقص المناعة البشري عالي الجودة
- الوقاية والاختبار والعلاج، مع التركيز على المجموعات السكانية الرئيسية وغيرها من المجموعات ذات الأولوية.
- جمع واستخدام بيانات دقيقة ومصنفة في الوقت المناسب لتحقيق نتائج تحويلية.

- تعزيز وتمكين المجتمعات المحلية وتزويدها بالموارد، بما في ذلك المتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية، لقيادة جهود التصدي للفيروس.
- تكريس الاستجابة في مجال حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين

- ضمان التأهب لتقديم خدمات شاملة ومتكاملة في مجال فيروس نقص المناعة البشري أثناء حالات الطوارئ الإنسانية والجوائح.

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

لا يزال الطريق طويلاً أمام منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حتى تتغلب تمامًا على وباء الإيدز. فقد ارتفعت الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 7% بين عامي 2010 و-2020 مما يجعلها واحدة من منطقتين فقط في العالم لا تزال معدلات الإصابات الجديدة بالفيروس فيهما آخذة في الارتفاع. وفي عام 2020، ارتفعت معدلات الإصابات الجديدة في صفوف البالغين في المجموعات السكانية الرئيسية وشركائهم الجنسيين بنسبة 95%. وانخفضت الوفيات المرتبطة بالإيدز بنسبة 17% منذ عام 2010، ولكن هذا الانخفاض كان أسرع بكثير بين النساء (24%) مقارنة بالرجال (12%).

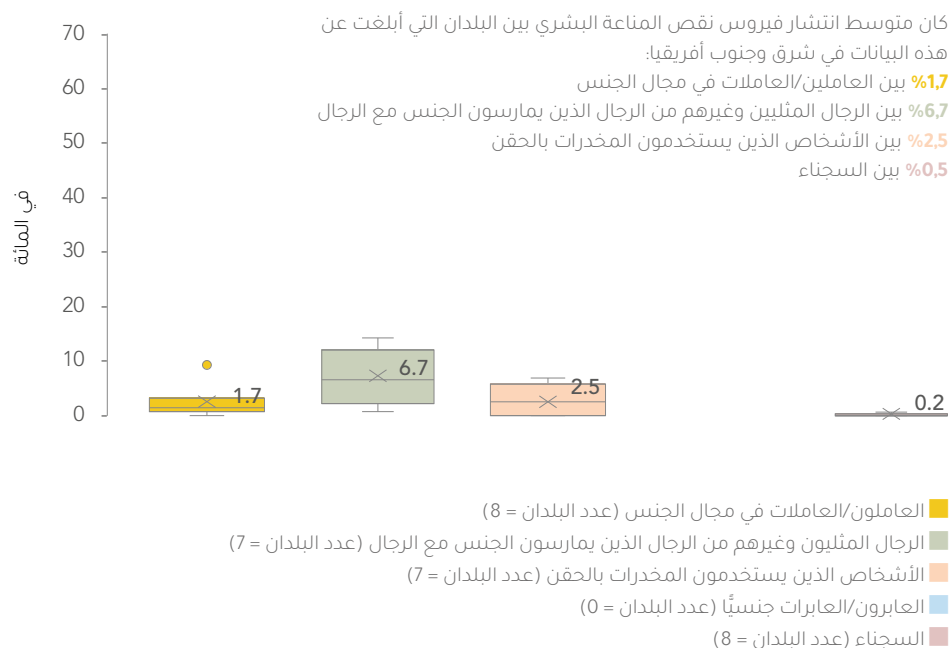
وشهدت السنوات الأخيرة تقدمًا كبيرًا في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة، بما في ذلك ظهور شبكات تقودها المجتمعات المحلية تمثل المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري والمجموعات السكانية الرئيسية، والإصلاحات القانونية التي أجريت في عدد من البلدان. وقد أحرزت عدة بلدان، من بينها الجزائر والمغرب، تقدمًا ملحوظًا في توسيع نطاق الحصول على الخدمات المتعلقة بالفيروس، في حين واجهت بلدان أخرى-مثل الصومال والسودان-تحديات كبيرة.

وقد تخلفت المنطقة ككل عن تحقيق أهداف المسار السريع لعام 2020: 61% فقط من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري كانوا على علم بحالتهم في عام 2020. 43% من المتعاشين مع الفيروس كانوا يتلقون العلاج تمكن 37% منهم من تحقيق الكبت الفيروسي. كما تعد تغطية الخدمات لمنع الانتقال الرأسي للعدوى خارج المسار الصحيح، حيث أن نسبة الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و14 عامًا) المتعاشين مع الفيروس الذين يتلقون العلاج لم تتجاوز 47% في عام 2020. كما تتخلف منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى حد كبير في إدماج المشورة والاختبار المتعلقين بفيروس نقص المناعة البشري بشكل كامل في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

وتعكس الفجوات الحالية في خدمات فيروس نقص المناعة البشري في جميع أنحاء الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تحديات قائمة منذ زمن طويل، بما في ذلك المعايير الاجتماعية والثقافية التقييدية التي تنعكس في القوانين والسياسات التمييزية، والوصم والتمييز المنتشرين على نطاق واسع. وتنعكس القيادة السياسية المتواضعة بشأن فيروس نقص المناعة البشري في انخفاض الاستثمار المالي في التصدي للإيدز. ولم تتحسن الأمور بفعل الأزمات الإنسانية واسعة الانتشار، مثل الصراعات التي طال أمدها وغيرها من أشكال عدم الاستقرار السياسي، التي جعلت الشرق الأوسط وشمال أفريقيا موطنًا لأكثر عدد من السكان المهاجرين واللاجئين والمشردين داخليًا في العالم.

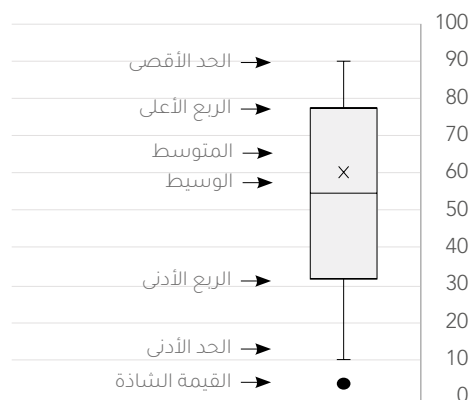
وسيتوقف إحراز تقدم نحو تحقيق أهداف عام 2030 على إتاحة المجال أمام المجتمع المدني والمنظمات التي يقودها المجتمع المحلي، وعلى ربط التصدي لفيروس نقص المناعة البشري بالجهود الرامية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتوسيع نظم الحماية الاجتماعية، وتعزيز فرص الحصول على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. ولن يكون أي من هذا ممكنًا بدون التزام أقوى من جانب الحكومات، ويشمل ذلك زيادة التمويل المحلي والتعاقد الاجتماعي، ودون اعتراف واسع بالصلوات بين فيروس نقص المناعة البشري وأهداف التنمية المستدامة الأخرى التي تلتزم بها البلدان.

الشكل 18.5 | معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية، البلدان المبلغة في شرق وجنوب أفريقيا، 2016-2020



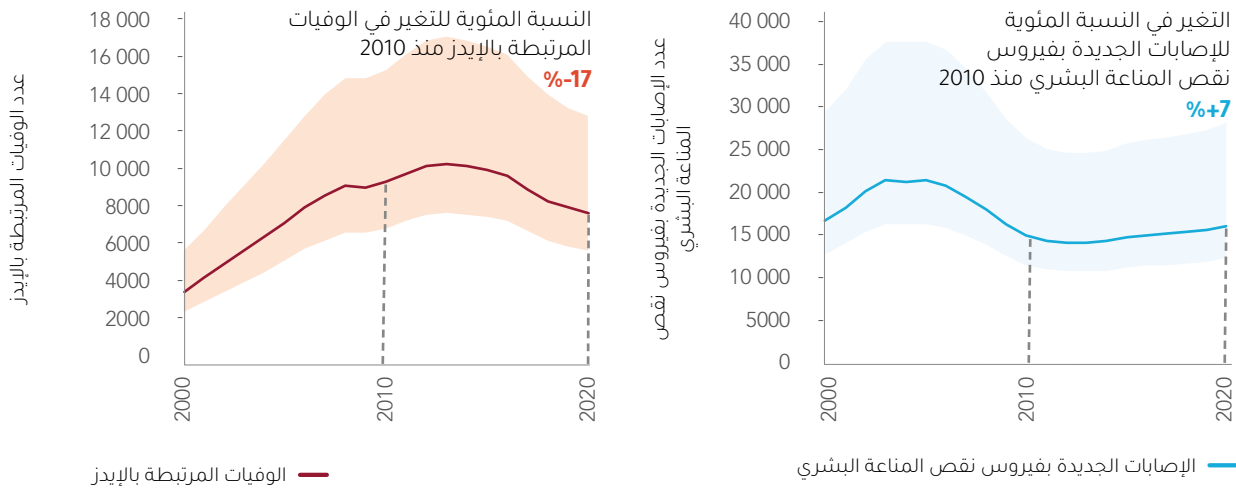
المصدر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).
ملحوظة: العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 21

كيف تقرأ هذا الرسم البياني



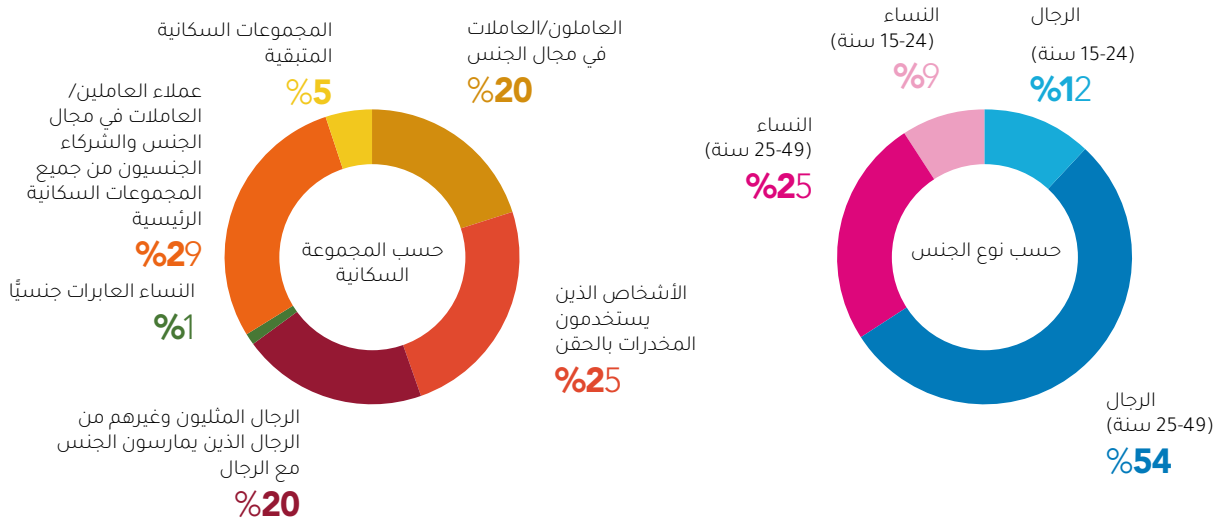
حالة الجائحة

الشكل 18.3 | عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2000-2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>)

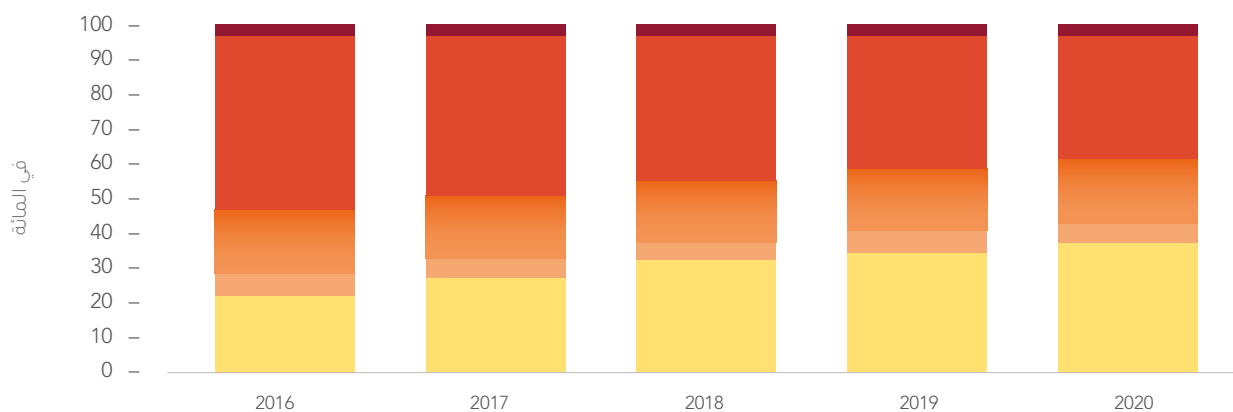
الشكل 18.4 | توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب المجموعة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (راجع ملحق المناهج)

خدمات فيروس نقص المناعة البشري

الشكل 18.6 | المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والمصابون حديثاً بالعدوى في الأشهر الستة الماضية، وحالة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عامًا)، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2016-2020



■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين أصيبوا بالعدوى في الأشهر الستة الماضية
■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين لا يعرفون حالتهم وأصيبوا منذ أكثر من ستة أشهر
■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالتهم ولكنهم لا يتلقون العلاج
■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون العلاج ولكنهم لم يتمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي
■ المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون العلاج وتمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي

المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

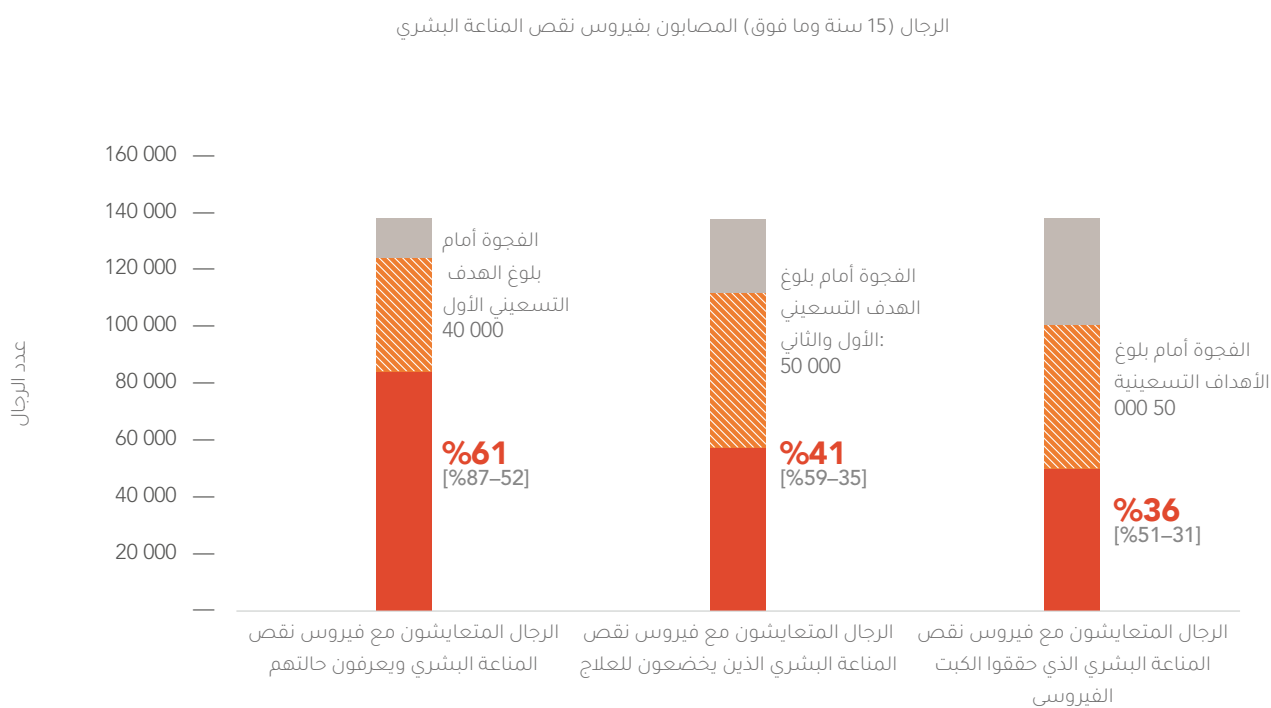
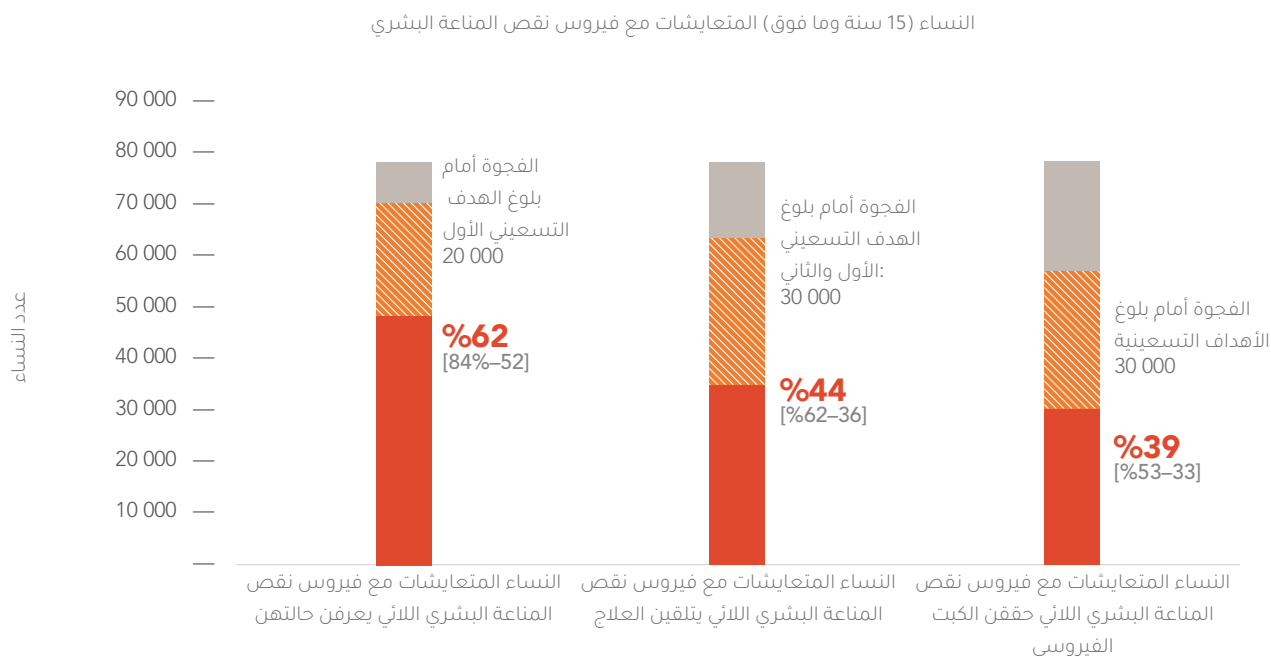
الشكل 18.1 | الحجم التقديري المُبلَّغ عنه للمجموعات السكانية الرئيسية، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2018-2020

السكان البالغون على المستوى الوطني (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	العاملون/العاملات في مجال الجنس	العاملون/العاملات في مجال الجنس (تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن (تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)	السجناء	السجناء (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)
46 200 000	138 000	0.30%		90 000	0.20%				148 000	32.0%
700 000									5100	0.74%
3 300 000			17 000	50.0%						
19 000 000									85 000	0.45%
1 400 000										
6 100 000									22 000	36.0%
النسبة الوسطية الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) ^أ										
		59.0%		51.0%		0.03%			-	-

■ تقدير حجم السكان على المستوى الوطني
■ لا توجد بيانات
■ البيانات غير كافية

المصادر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>) : نموذج Spectrum في برنامج DemproJ للتحليل الديموغرافي، 2021: التوقعات السكانية في العالم 2019 [الإنترنت]. نيويورك: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، 2020 (<https://population.un.org/wpp>) (البيانات المخصصة التي يتم الحصول عليها عبر الموقع الإلكتروني).
أ (Quick Start Guide for Spectrum, 2020. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).
ب Technical brief: recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: WHO, UNAIDS; 2020.
ملحوظة 1: التقديرات الواردة هي تقديرات قدمتها الحكومات وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2020. وقد تتوفر تقديرات إضافية وبدلية من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس المجموعات السكانية الرئيسية (<https://kpatlas.unaids.org>) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.
ملحوظة 2: القيم المبلغ عنها للرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال معروضة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) من أجل الاتساق عبر المجموعات السكانية الرئيسية. وستكون النسبة المئوية لهذه المجموعة من السكان الذكور البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا) تقريبًا ضعف القيم الموضحة.

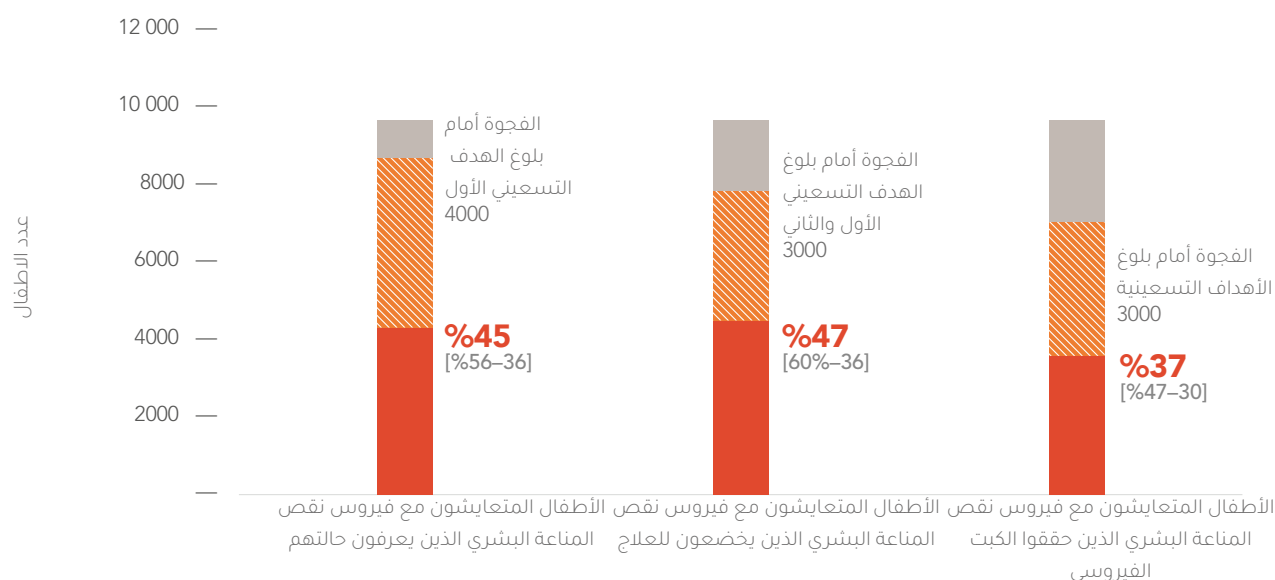
الشكل 18.8 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، النساء (الفئة العمرية +15) مقارنة بالرجال (الفئة العمرية +15)، الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، 2020



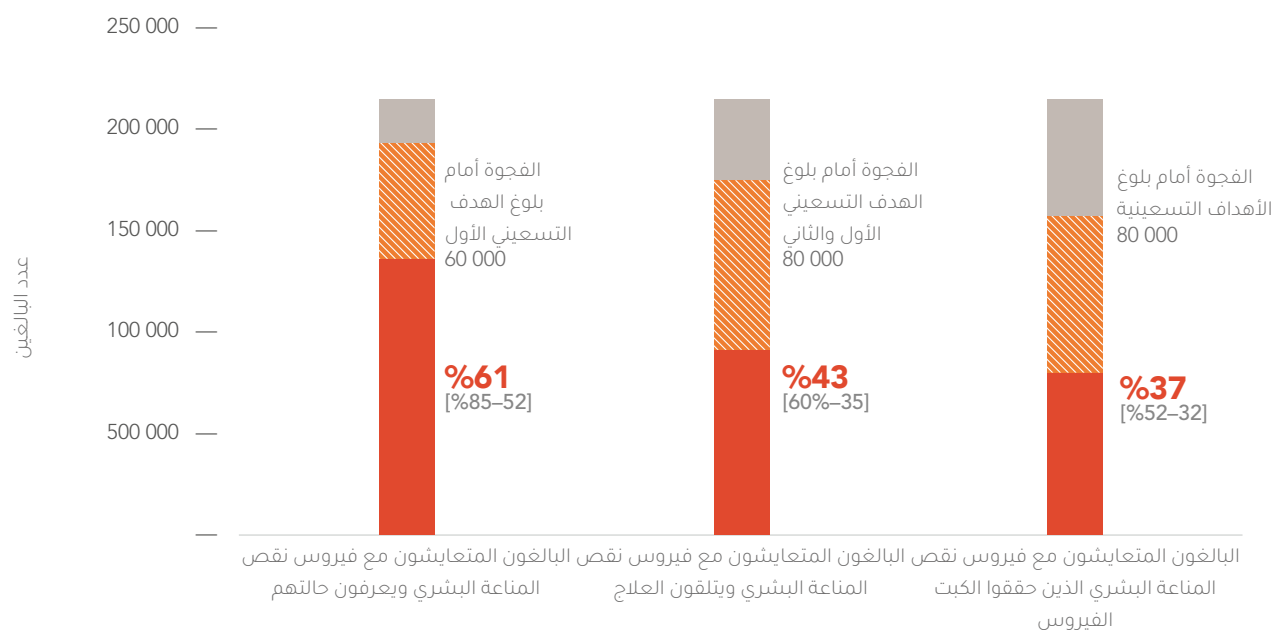
المصدر: تحليل خاص ببرنامح الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

الشكل 18.7 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و14 عامًا) مقارنة بالبالغين (الذين تبلغ أعمارهم 15 عامًا فما فوق)، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2020

الأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0-14 سنة) المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري



البالغون (15 سنة وما فوق) المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري



المصادر

1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Algeria. Code Penal. Article 343 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/dz/dz020fr.pdf>).
5. Bahrain. Bahrain Penal Code, 1976. Article 326 (https://www.unodc.org/res/cld/document/bhr/1976/bahrain_penal_code_html/Bahrain_Penal_Code_1976.pdf).
6. Djibouti. Penal Code of Djibouti, 1995 (<https://acjr.org.za/resource-centre/penal-code-ofdjibouti-1995/view>).
7. Iraq. Combating Prostitution Law No. 8 of 1988. Article 2 (<http://gjpi.org/2010/02/20/combating-prostitutionlaw-no-8-of-1988/>).
8. Overview of trafficking and prostitution laws in the Middle East and Africa. London: Thomson Reuters Foundation; 2012 (<https://www.trust.org/contentAsset/raw-data/1035fde5-b945-49ed-8cd4-166bc1ec156b/file>).
9. Sudan. The Penal Code, 1991 (https://www.ecoi.net/en/file/local/1219135/1329_1202725629_sb106-sud-criminalact1991.pdf).
10. Mendos LR. State-sponsored homophobia, 2020. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; December 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf).
11. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2018 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
12. Republic of Djibouti. Décret N° 2008-0182/PR/MS portant Institution des Normes et Directives en Matière de Conseil Dépi-stage Volontaire du VIH/SIDA en République de Djibouti. Article 19 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126992.pdf).
13. Bahrain. 2017 law on the protection of society against HIV.
14. Global HIV Criminalisation Database [database]. Amsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
15. Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV justice 2. Building momentum in global advocacy against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2016 (<https://www.scribd.com/doc/312008825/Advancing-HIV-Justice-2-Building-momentum-inglobal-advocacy-against-HIVcriminalisation>).
16. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
17. UNGASS country progress report: Kingdom of Bahrain. Reporting period: January 2012–December 2013. Kingdom of Bahrain; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BHR_narrative_report_2014.pdf).
18. Jordan. Law on Residency, No. 24 (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b4ed4c.html>); The Jordanian Constitution (<https://www.refworld.org/pdfid/3ae6b53310.pdf>); Civil Servant Policy, No 82 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=95849&p_country=JOR&p_count=1); Work Law, No 8 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEB-TEXT/45676/65048/E96JOR01.htm>).
19. Lebanon. Penal Code. Article 523 (https://sherloc.unodc.org/cld/legislation/lbn/lebanon_penal_code/_/article_523-524/article_523-524.html?lng=en).
20. Lebanon. Lebanese Law on Drug Violations (<https://www.aub.edu.lb/faid/Documents/LEBANESE%20SANCTIONS%20ON%20DRUG%20LAW%20VIOLATION.pdf>).
21. Morocco. Penal Code (1963). Article 489 (<https://wipolex.wipo.int/en/text/568119>).

ملحوظة: يعتبر أن بلدًا ما قد جرم العابرين/العابرات جنسيًا إذا استخدم القانون لمعاقبة الأفراد العابرين جنسيًا. وقد يجرم هذا القانون صراحة، على سبيل المثال، تقليد الجنس الآخر، بما في ذلك ارتداء ملابس الجنس الآخر. ويعتبر أن البلد لديه تجريم أو تشريع عقابي للعمل في مجال الجنس إذا ما تم تجريم بيع وأو شراء الخدمات الجنسية، وتجرير الأنشطة الإضافية المرتبطة ببيع وأو شراء الخدمات الجنسية، وتجرير الاستفادة من تنظيم وأو إدارة الخدمات الجنسية، وأو وجود لوائح عقابية وأو إدارية أخرى للعمل في مجال الجنس.

القوانين والسياسات

الجدول 18.2 | القوانين العقابية والتمييزية، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2021

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لاستخراج تصاريح الزواج أو العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاطين مع فيروس نقص المناعة البشري وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه أو التعرض له	موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام الشخصي	تجريم الممارسات الجنسية المثلية	تجريم العمل في مجال الجنس	تجريم العابرين/العابرات جنسياً
11		3	11		10	4	3
17		13			10	5	
		14	12		10	6	
1		2	2		2	2	2
1		1	1	1	1	1	1
		14			10	7	
18			1	1	1	1	
11		3	11		10	8	3
				20	10	19	
1		1	1	1	1	1	1
1		1	1	1	21	1	1
2		2	2	1	1	1	2
2		15			10	2	
2		3	2		10	2	2
		14	1	1	1	1	
3		3	3		10	9	
3		2	3		10	3	3
2		2	2		2	2	2
3		3			10		3
					10		

الجزائر

البحرين

جيبوتي

مصر

جمهورية إيران الإسلامية

العراق

الأردن

الكويت

لبنان

ليبيا

المغرب

عمان

قطر

المملكة العربية السعودية

الصومال

السودان

الجمهورية العربية السورية

تونس

الإمارات العربية المتحدة

اليمن

تجريم العابرين/العابرات جنسياً

تجريم وملاحقة قضائية

لا تجريم ولا ملاحقة قضائية

البيانات غير متوفرة

تجريم العمل في مجال الجنس

أي تجريم أو لوائح عقابية خاصة بالعمل في مجال الجنس

العمل في مجال الجنس لا يخضع للوائح العقابية أو غير

مجزم

المسألة محددة/تختلف على المستوى المحلي

البيانات غير متوفرة

تجريم الممارسات الجنسية المثلية

عقوبة الإعدام

الحبس (14 سنة-مدى الحياة، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد

العقوبة

إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم

تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد

البيانات غير متوفرة

القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام

الشخصي

لا

نعم

البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاطين مع فيروس نقص

المناعة البشري وإقامتهم

الترحيل وخطر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار

فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

منع الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار فيروس نقص

المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

طلب إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول

على بعض التصاريح

لا توجد قيود

البيانات غير متوفرة

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لتصاريح الزواج أو

العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة

نعم

لا

البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم

الإفصاح عنه أو التعرض له

نعم

لا، لكن الملاحظات القضائية قائمة على أساس القوانين

الجنائية العامة

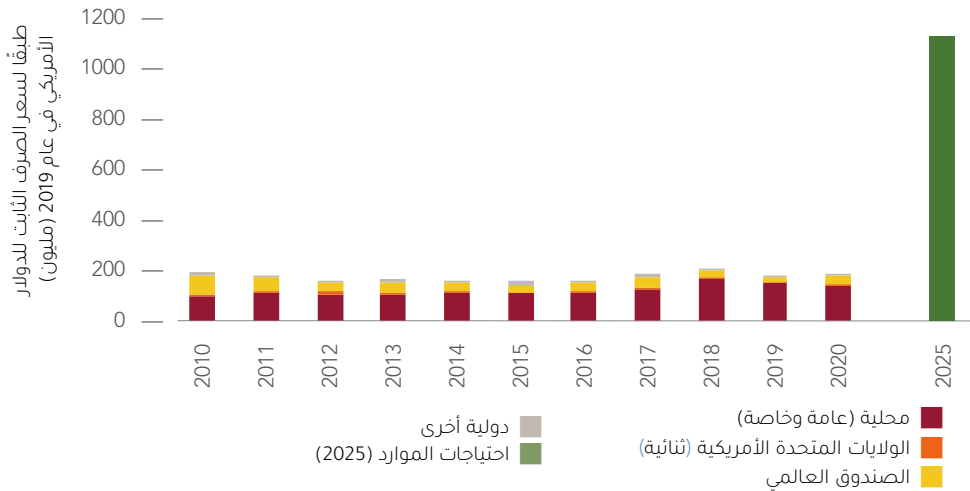
لا

البيانات غير متوفرة

في العقد الماضي، تذبذب توافر الموارد من المصادر المحلية والخارجية على حد سواء في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وتتمثل إحدى السمات الثابتة في الفجوة الكبيرة بين ما هو متاح وما هو مطلوب: حيث كانت الموارد المتاحة في عام 2020 أقل من 20% مما هو مطلوب لتوسيع نطاق برامج فيروس نقص المناعة البشري وتحقيق أهداف عام 2025.

وتسهم جائحة كوفيد-19 والانكماش الاقتصادي المصاحب لها في زيادة صعوبة بيئة التمويل الصعبة بالفعل. وستتطلب زيادة الاستثمارات المحلية في التصدي لفيروس نقص المناعة البشري صياغة خطط استراتيجية وطنية وحالات استثمارية محددة الأولويات والتكاليف بالكامل. كذلك ستتطلب وضع فيروس نقص المناعة البشري ضمن جهود أوسع نطاقاً لبلوغ أهداف التنمية المستدامة، بما في ذلك إدماج الفيروس في خطط الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية الشاملة. وستستفيد الاستجابة الإقليمية للفيروس مع اتخاذ إجراءات تقودها المجتمعات المحلية أيضاً من إقامة شراكات مع مانحين إقليميين جدد، والقطاع الخاص والمؤسسات الخيرية. فضلاً عن نماذج التمويل المبتكرة، مثل التعاقد الاجتماعي

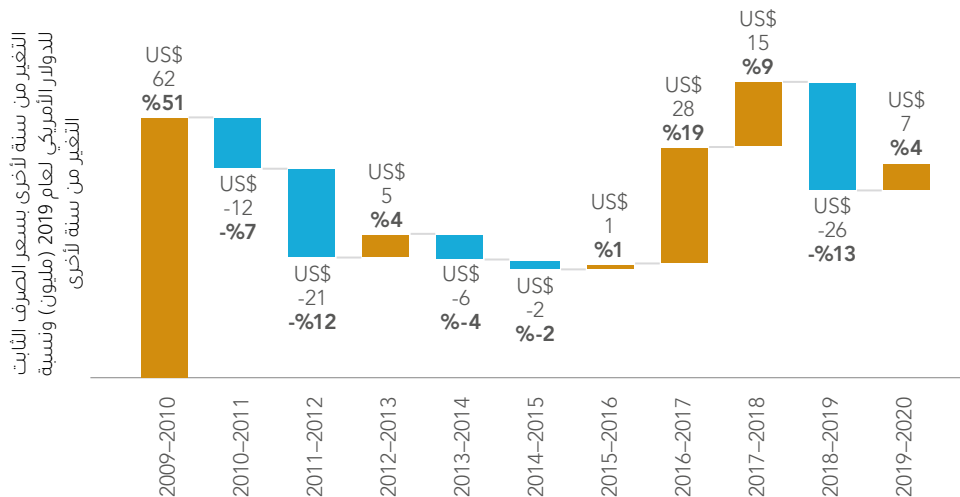
الاستثمار من أجل القضاء على الإيدز



الشكل 18.10 | توافر الموارد اللازمة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2020-2010، والاحتياجات المقدرة من الموارد اللازمة للتصدي للفيروس بحلول عام 2025

المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

ملحوظة: تعتمد تقديرات الموارد طبقاً لسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2019.

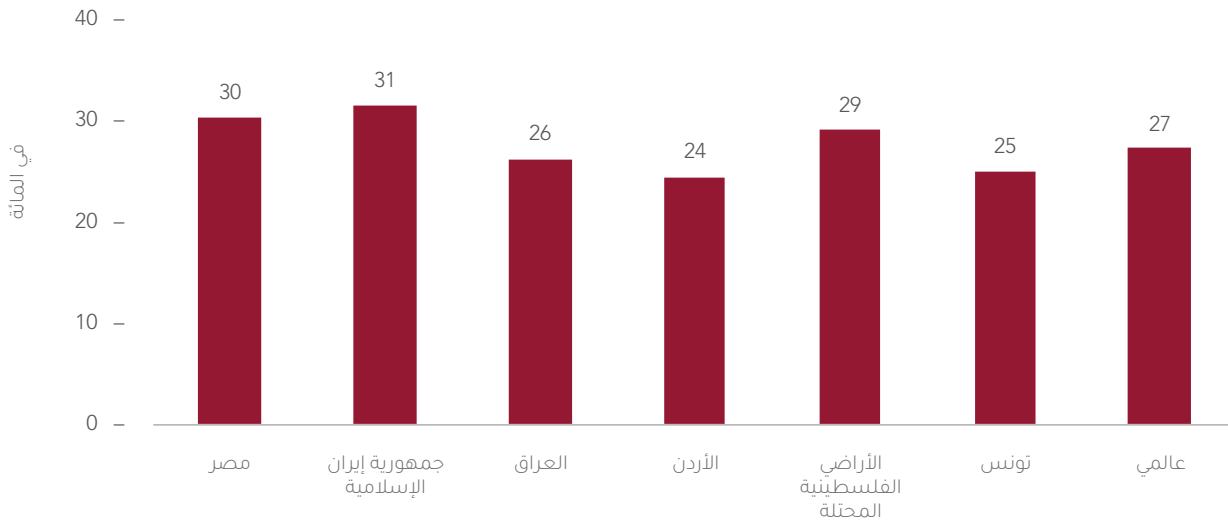


الشكل 18.11 | التغير من سنة إلى سنة في توافر الموارد اللازمة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2010-2011 إلى 2019-2020

المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards>).

عوامل التمكين المجتمعية

الشكل 18.9 | النساء اللاتي سبق لهن الزواج أو المعاشرة (اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما) اللاتي تعرضن للعنف الجسدي و/أو الجنسي من قبل الشريك الحميم في حياتهن، البلدان التي لديها بيانات متاحة، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2018



المصدر: تقديرات انتشار العنف ضد المرأة، 2018؛ التقديرات العالمية والإقليمية والوطنية لانتشار العنف الشريك الحميم ضد المرأة والتقديرات العالمية والإقليمية لانتشار العنف الجنسي ضد المرأة من غير الشريك الحميم. جينيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021

أدت جائحة كوفيد-19 وعمليات الإغلاق الممتدة إلى تعطيل خدمات فيروس نقص المناعة البشري في جميع أنحاء الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، لاسيما في البيئات المتضررة من حالات الطوارئ الإنسانية وخاصة بالنسبة للمجموعات السكانية الرئيسية (الشكل 18.1). بيد أن الجائحة قد أفرزت أيضًا بعض الابتكارات في تقديم الخدمات. فقد تم التوسع بشكل كبير في صرف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعدة أشهر في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عدد من البلدان في جميع أنحاء المنطقة، وهو أمر كان نادر الحدوث. ويُعزى ذلك إلى حد كبير إلى جهود منظمات المجتمع المدني، التي ساعدت في سد الثغرات القائمة في توفير الرعاية الصحية العامة والخاصة بسبب جائحة كوفيد-19 (الشكل 18.2).

كما ألقت كوفيد-19 الضوء على أوجه اللامساواة بين الجنسين في جميع أنحاء المنطقة. وقد تفاقم العنف القائم على النوع الاجتماعي، الذي يمثل بالفعل مشكلة متنامية في جميع أنحاء المنطقة، بسبب عمليات الإغلاق وغيرها من العوامل المتعلقة بالجائحة (1). وأفضت الجائحة إلى زيادة عبء الرعاية غير المدفوعة الأجر على النساء والفتيات، وإلى زيادة تقويض فرص عملهن (التي كانت ضعيفة بالفعل في العديد من البلدان)، وإلى تعريض مكاسبهن التعليمية للخطر، وزيادة انتشار الممارسات الضارة مثل زواج الأطفال وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث. وتتشابك جميع هذه المخاطر لتشكل جزءًا من النسيج المعقد لأوجه الضعف التي تعاني منها النساء والفتيات إزاء فيروس نقص المناعة البشري.



فريق البحث والإنقاذ يباشر عمله بمستشفى أم درمان التعليمي في الخرطوم، السودان.
الصورة: منظمة الصحة العالمية

وفي أقل من أربعة أشهر، نجحت حملة البحث والإنقاذ في إعادة 177 (94%) من المرضى المنقطعين عن المتابعة إلى العلاج. ومن المتوقع أن يعود المزيد إلى الرعاية من خلال نظام التتبع الذي وضعته الحملة. وكانت النساء أكثر عرضة بمقدار قليل من الرجال للعودة إلى الرعاية. كما قامت الحملة بتحديث سجلات العلاج التي تعود إلى 20 عامًا.

وحددت حملة البحث والإنقاذ القضايا التي - إذا تم حلها - يمكنها تحسين فعالية علاج فيروس نقص المناعة البشري في السودان. فهناك فرصة، على سبيل المثال، لتحسين حفظ السجلات وإنشاء نظام لتأكيد ومتابعة المواعيد يمكنه تحديد الأشخاص الذين ينقطعون عن الرعاية وتقديم المشورة لهم على وجه السرعة. ومن الأولويات الأخرى زيادة التثقيف بشأن العلاج وتقديم المشورة بشأن الالتزام وتوفير كتيبات الدعم وغيرها من المواد.

ويتذكر سيف: "خلال السنة الأخيرة لي في الجامعة، كنت غارقًا في الفصول الدراسية ومضغوطًا للغاية فتوقفت عن تناول الدواء". وتدهورت صحته بشكل سيء وكنت على وشك الموت. ودخلت المستشفى، وكان عليهم تحويلي إلى الخط الثاني [من العلاج]. ولا أريد أن يحدث هذا لأي شخص في مجتمعي".

وحددت المرحلة الأولى من الحملة 2143 شخصًا تم تصنيفهم ضمن المنقطعين عن المتابعة. ويمثل ذلك 47% من 4561 شخصًا الذين بدأوا العلاج في مستشفى أم درمان التعليمي. ولم يتم الوصول إلى نحو ثلث هؤلاء المرضى، إما لأن معلومات الاتصال غير صحيحة أو قديمة أو مفقودة. وقام فريق الحملة بتتبع 1411 (66%) شخصًا في غضون ثلاثة أشهر. وتبين أن أغلبية هؤلاء 891- شخصًا وفيات غير مسجلة، في حين نُقل 332 مريضًا آخر إلى عيادة أخرى أو كانوا يستكملون علاجهم في مستشفى أم درمان التعليمي، لكنهم لم يكونوا مرتبطين بسجلاتهم المرضية السابقة.

وقد انقطع بالفعل 190 مريضًا آخر (9%) عن المتابعة. وأعزى هؤلاء الأفراد توقفهم عن العلاج إلى عدة أسباب، منها الآثار الجانبية والمتاعب المالية والإغلاق بسبب جائحة كوفيد-19. وكان السبب الأكثر شيوعًا هو التحسينات الصحية، فيما يعد علامة على أن تثقيف المرضى وتقديم المشورة لهم بحاجة أيضًا إلى التطوير.

دراسة حالة

إعادة الناس إلى رعاية فيروس نقص المناعة البشري خلال جائحة كوفيد-19 في السودان

مستشفى أم درمان التعليمي بالخرطوم، وهو أكبر مرفق للرعاية مخصص لفيروس نقص المناعة البشري في البلاد، ويخدم أكثر من 3200 من المتعايشين مع الفيروس، أي نحو ثلث الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في السودان. وقد بدأ تنفيذ الحملة في ديسمبر/كانون الأول 2020 واستمرت حتى مارس/آذار 2021، ومن المخطط التوسع بإنشاء مراكز أخرى.

وشملت المرحلة الأولى من الحملة مراجعة وتحديث بيانات العلاج من خلال الممرضات وكتبة شؤون البيانات. وقد تم تصنيف الأشخاص الذين تأخروا ثمانية أسابيع على الأقل عن موعد زيارة العيادة أو استلام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية ضمن الأشخاص "المنقطعين عن المتابعة". وكانت الخطوة التالية هي تتبع هؤلاء الأفراد والاتصال بهم، وتحديد ما إذا كانوا قد توقفوا بالفعل عن العلاج ولماذا، ثم إعادة إشراكهم في الخدمات.

وتم تشكيل أربع أفرقة، لكل منها مستشار وشخص داعم للالتزام بالعلاج من مجتمع المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وبدأت الأفرقة العمل من خلال تتبع الأشخاص الذين خرجوا من الرعاية في عام 2020، من خلال إجراء المكالمات الهاتفية، ثم عادت إلى الورا من خلال القوائم الخاصة بالسنوات السابقة وصولاً إلى عام 2000.

وشارك المتعايشون مع الفيروس طوال الحملة، من التخطيط إلى التنفيذ. وشارك سيف (ليس اسمه الحقيقي) في كلتا المرحلتين. وهو خريج تكنولوجيا المعلومات الذي ولد بالفيروس في مستشفى أم درمان التعليمي، وكان يعرف من واقع التجربة مدى أهمية البقاء على علاج فيروس نقص المناعة البشري

بعد وباء فيروس نقص المناعة البشري أحد التحديات العديدة التي يواجهها السودان الذي لم يخرج إلا مؤخرًا من حرب أهلية طويلة. وقد تعرضت البنية التحتية الصحية لأضرار بالغة خلال النزاع، ويواجه البلد صعوبات في الوفاء بالتزاماته المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري والوصول إلى أهدافه المتعلقة بمكافحة الفيروس.

ووفقًا للبيانات الوطنية التي تلقاها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، لم يعلم سوى 37% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري البالغ عددهم نحو 49000 شخص بحالتهم في السودان في عام 2020، وكان الربط بالعلاج والرعاية يتم على نحو غير متسق. وكان حوالي 67% من الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بالفيروس يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2020، ولكن لم يتم استبقاء سوى ثلثي الأشخاص الذين التحقوا بالعلاج في عام 2019 فقط في الرعاية لمدة عام آخر.

وقد جلبت جائحة كوفيد-19 المزيد من الصعوبات، لكنها قدمت أيضًا الزخم اللازم لإدخال بعض التغييرات التي تشبّد الحاجة إليها، مثل اعتماد طرق مختلفة لتقديم الخدمات، على سبيل المثال، تم اعتماد صرف وصفات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعدة أشهر في عام 2020 للحد من انقطاع العلاج.

كما أطلقت الحكومة السودانية حملة البحث والإنقاذ في عام 2020، بدعم من منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. وتجمع هذه الحملة بين التحقق من البيانات والتتبع الاستباقي والجهود الشخصية للعثور على الأشخاص الذين انقطعوا عن علاجهم وإعادة تم إلى الرعاية المستمرة. ويقع مقر الحملة في

المراجع

1. Violence against women and girls and COVID-19 in the Arab region. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia, UN Women; 2020 (https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20arab%20states/attachments/publications/2020/12/covid_and_vawg_un_brief_final.pdf?la=en&vs=5344).



الإجراءات ذات الأولوية للقضاء على الإيدز

■ توسيع نطاق الحصول على توليفة الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري بشكل عاجل، بما في ذلك العلاج الوقائي قبل التعرض للعدوى والحد من الضرر.

■ سد الثغرات في سلسلة الاختبارات والمعالجة عن طريق الأخذ بنهج العلاج الشامل بالكامل، بما في ذلك تحسين استراتيجيات الاختبار وتوسيع نطاق الحصول على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية مضمونة الجودة وميسورة التكلفة.

■ مؤسسة الخدمات التي يقودها المجتمع المجلي في نظم الرعاية الصحية والوقاية من فيروس نقص المناعة البشري.

■ بناء استجابات قائمة على حقوق الإنسان من خلال تغيير المعايير الجنسية الضارة، والحد من العنف القائم على النوع الاجتماعي، وإلغاء القوانين والسياسات التمييزية والعقابية وغيرها من الحواجز الهيكلية والاجتماعية.

أحد المراكز المجتمعية المعنية بفيروس نقص المناعة البشري في موسكو، الاتحاد الروسي، يتلقى تبرعات في هيئة معقم اليدين خلال جائحة كوفيد-19.
الصورة: سنتر بلاس (Center-Plus)

أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى



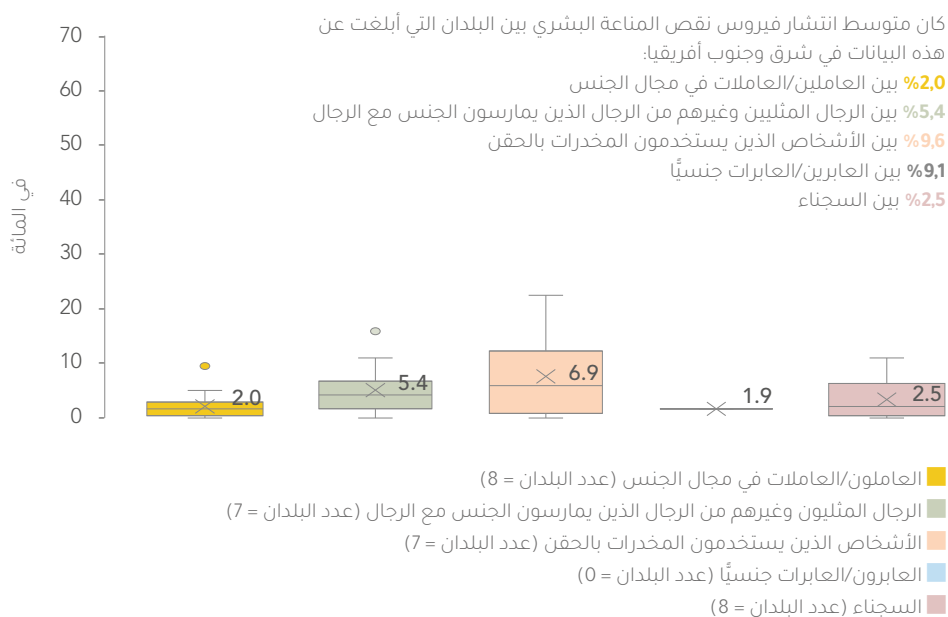
عجزت أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى عن السيطرة على وباء فيروس نقص المناعة البشري بها، في ظل استمرار ارتفاع الإصابات الجديدة بالفيروس والوفيات المرتبطة بالإيدز. وقد ارتفع العدد السنوي للإصابات الجديدة بالفيروس بنسبة تقدر بنحو 43% في الفترة من عام 2010 إلى عام 2020، مما يجعل هذا الوباء الأسرع نموًا في العالم. وتمثل المجموعات السكانية الرئيسية وشركاؤهم الجنسيين جميع الإصابات الجديدة تقريبًا في المنطقة، حيث تشير التقديرات إلى أن 43% من الإصابات الجديدة بالفيروس بين البالغين تحدث بين الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن. ولا تزال القوانين الجنائية تطبق على نطاق واسع للغاية، بما في ذلك انتقال فيروس نقص المناعة البشري عن غير قصد، وعدم الكشف عن الإصابة بالفيروس، أو التعرض له حيث لم ينتقل الفيروس فعليًا.

وارتفعت معدلات الوفيات المرتبطة بالإيدز بنسبة 32% بين عامي 2010 و2020 في ظل ضعف أداء برامج الاختبار والعلاج في معظم بلدان المنطقة. وبشكل عام، كان 70% من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري على علم بحالتهم، وكان 53% يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، فيما تمكن 50% منهم من تحقيق القمع الفيروسي. ويعد تشخيص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري وربطهم بالعلاج والرعاية أكبر الفجوات الموجودة في جهود العلاج في المنطقة. وسيكون سد هذه الثغرات أمرًا بالغ الصعوبة ما دامت المجموعات السكانية الرئيسية تخضع للقوانين العقابية وتعاني من ممارسات الشرطة العدوانية والوصم الاجتماعي.

وقد أدى سحب أو تخفيض تمويل المانحين الخارجيين لبرامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة إلى عرقلة الجهود الرامية إلى الحفاظ على الخدمات الأساسية المتعلقة بالفيروس وزيادة فرص الحصول عليها. وتعتبر الخدمات التي تقدمها منظمات المجتمع المدني أساسية لتعزيز الاستجابة للفيروس في المنطقة، ولكن في العديد من البلدان، تعمل هذه المنظمات في بيئات تقييدية، مما يحد من مساهماتها في التصدي للفيروس. ومن بين العوائق التي تواجهها تلك المنظمات الحواجز الإدارية والمالية، بما في ذلك القيود المفروضة على التمويل الأجنبي وإجراءات التسجيل المعقدة.

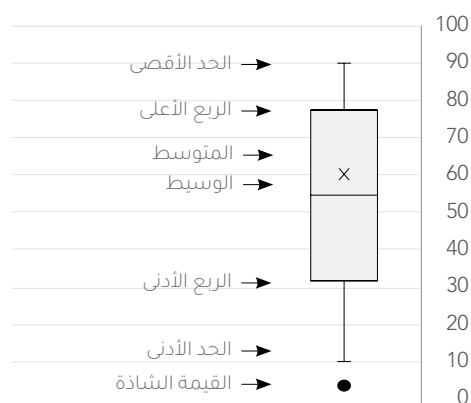
وبعد أن تضررت بشدة جراء جائحة كوفيد-19، فإن التوليف بين نظم الرعاية الصحية المرنّة، وصرف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعدة أشهر، واستخدام منصات الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي، والعمل الاستثنائي للمنظمات غير الحكومية قد كفل استمرار العديد من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري في تلقي العلاج والرعاية.

الشكل 19.3 | معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية، البلدان المبلغة في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2016-2020



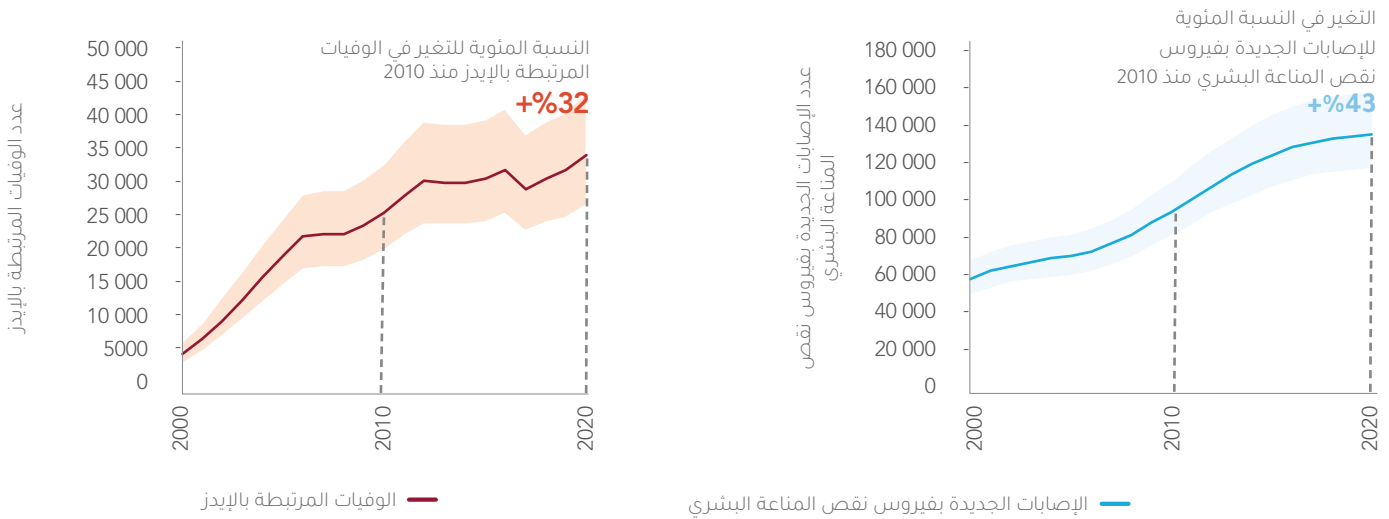
المصدر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
ملحوظة: العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 16

كيف تقرأ هذا الرسم البياني



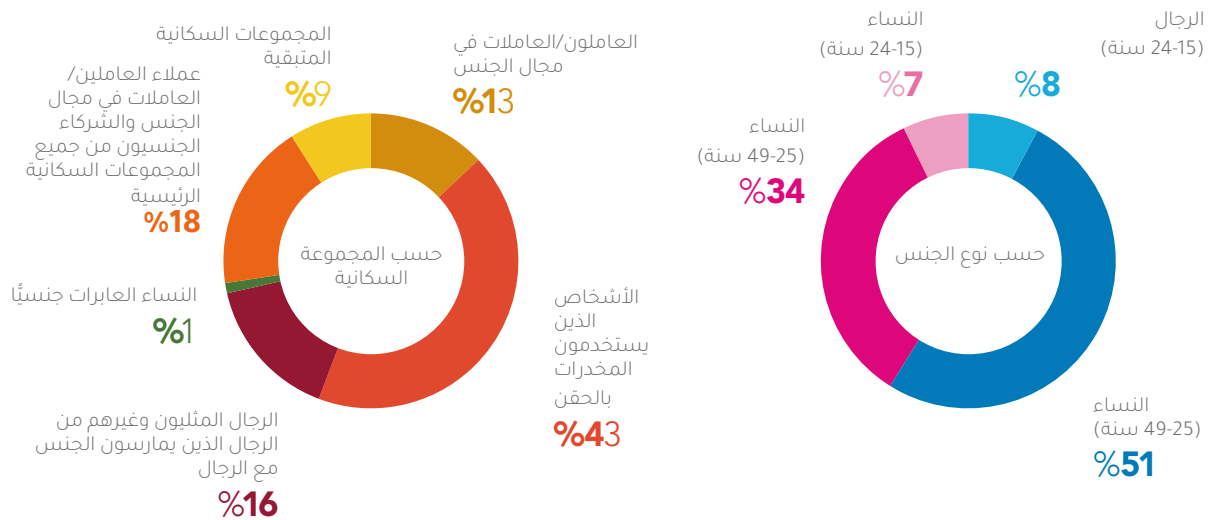
حالة الجائحة

الشكل 19.1 | عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2000-2020



المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021. (<https://aidsinfo.unaids.org>)

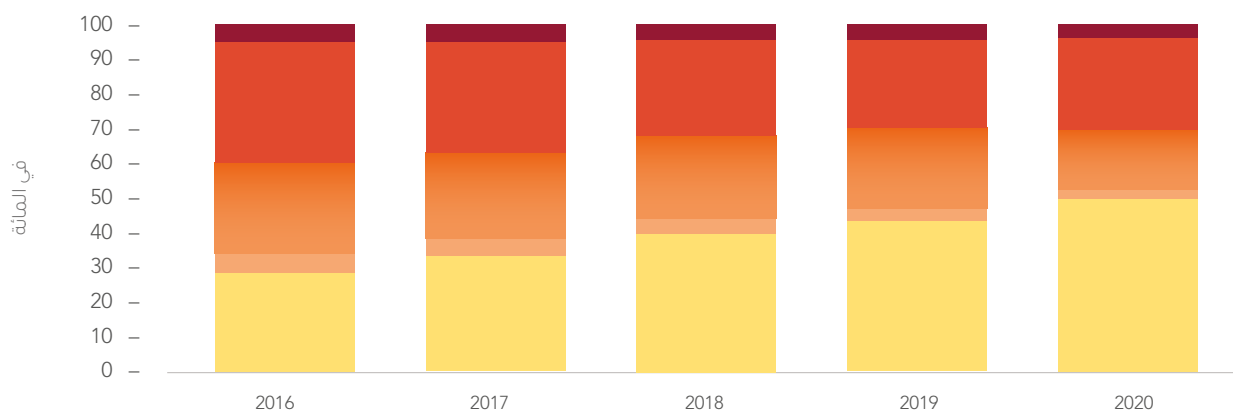
الشكل 19.2 | توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب المجموعة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (انظر ملحق المناهج).

خدمات فيروس نقص المناعة البشري

الشكل 19.4 | المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري، والمصابون حديثاً بالعدوى في الأشهر الستة الماضية، وحالة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عامًا)، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2020



المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين أصيبوا بالعدوى في الأشهر الستة الماضية
المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين لا يعرفون حالتهم وأصيبوا منذ أكثر من ستة أشهر
المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون العلاج ولكنهم لا يتلقون العلاج
المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون العلاج ولكنهم لم يتمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي
المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون العلاج وتمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي

المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

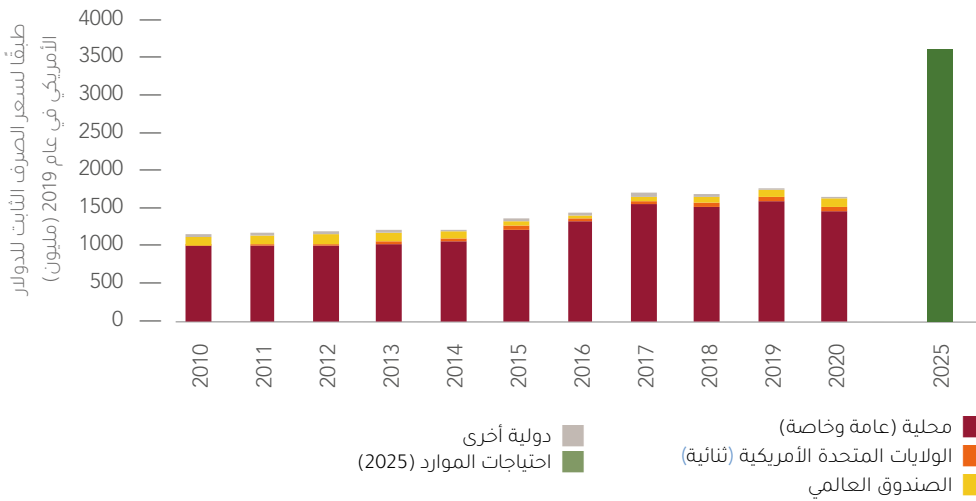
الجدول 19.1 | الحجم التقديري المُبْلَغ عنه للمجموعات السكانية الرئيسية، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2018-2020

السجناء كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	السجناء	العابرون/العابرات جنسياً جنسياً من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	العابرون/العابرات جنسياً	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	العاملون/العاملات في مجال الجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	العاملون/العاملات في مجال الجنس	السكان البالغون على المستوى الوطني (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) في عام 2020 أو في العام ذي الصلة	
0.16%	2300									1 400 000	ألبانيا
				0.60%	9000	1.07%	16 000	0.31%	4600	1 500 000	أرمينيا
				10.1%	60 000			58.0%	32 000	5 500 000	أذربيجان
				82.1%	80 000	0.73%	32 000	0.42%	18 600	4 400 000	روسيا البيضاء
0.01%	9100					97.0%	19 000			1 800 000	جورجيا
				1.03%	94 600			0.22%	21 000	9 200 000	كازاخستان
0.20%	2300			0.61%	6800					1 100 000	مقدونيا الشمالية
				12.2%	27 500	12.1%	14 600	1.22%	15 800	1 300 000	جمهورية مولدوفا
								36.0%	18 000	4 800 000	طاجيكستان
24.0%	700 48	0.04%	8200	66.1%	350 000	0.85%	180 000	41.0%	87 000	20 700 000	أوكرانيا
-		-		1.09%		1.06%		0.34%		النسبة الوسطية الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) أ. ب.	

■ تقدير حجم السكان على المستوى الوطني
■ تقدير حجم السكان المحليين
■ البيانات غير كافية
■ لا توجد بيانات

المصادر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) : نموذج Spectrum في برنامج Demproj للتحليل الديموغرافي، 2021؛ التوقعات السكانية في العالم 2019 [الإنترنت]. نيويورك: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة؛ 2020 (<https://population.un.org/wpp/>) (البيانات المخصصة التي يتم الحصول عليها عبر الموقع الإلكتروني).
أ (Quick Start Guide for Spectrum, 2020. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).
ب Technical brief: recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: WHO, UNAIDS; 2020.
ملحوظة 1: التقديرات الواردة هي تقديرات قدمتها الحكومات وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2020. وقد تتوفر تقديرات إضافية وبدلية من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلّس المجموعات السكانية الرئيسية (<https://kpatlas.unaids.org/>) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.
ملحوظة 2: القيم المبْلَغ عنها للرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع رجال معروضة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) من أجل الاتساق عبر المجموعات السكانية الرئيسية. وستكون النسبة المئوية لهذه المجموعة من السكان الذكور البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) تقريباً ضعف القيم الموضّحة

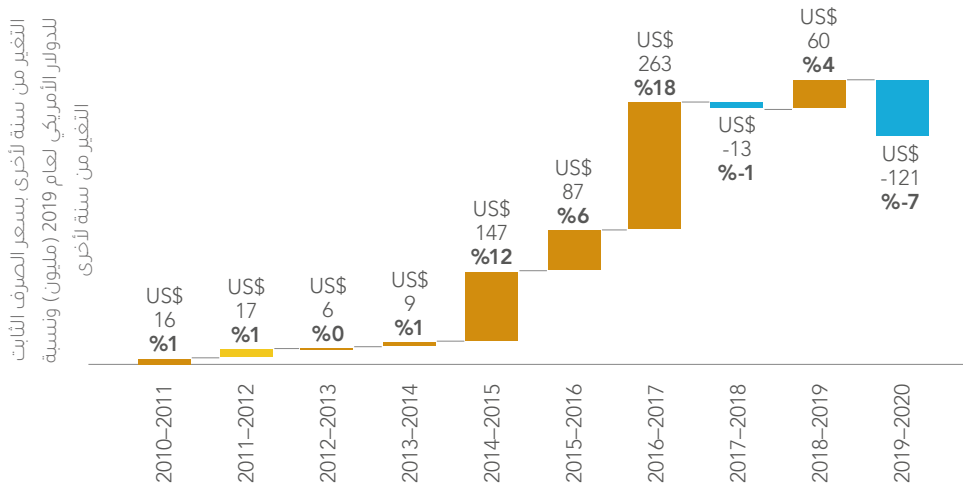
كانت الموارد المتاحة للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة في عام 2020 أقل من نصف (45%) ما هو مطلوب لتحقيق الأهداف الخاصة بالموارد في المنطقة لعام 2025. وتشير التقديرات إلى أن الموارد المتوفرة لكل شخص متعايش مع الفيروس بلغت 976 دولارًا أمريكيًا في عام 2020. وثمة حاجة إلى زيادة بمقدار 2,2 أضعاف في الموارد السنوية بحلول عام 2025 من أجل توسيع نطاق الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري على نحو مستدام والمضي قدمًا في مسار القضاء على الإيدز بحلول عام 2030. وتعد الزيادة في الموارد اللازمة أكبر بكثير في بعض بلدان المنطقة التي تخلفت عن الركب في مجالات محددة من الاستجابة. ففي عام 2020، كان 90% من إجمالي موارد فيروس نقص المناعة البشري من مصادر محلية. وبلغت نسبة النمو في الموارد المحلية 46% بين عامي 2010 و2020. وكان معظمه بين عامي 2013 و2018. وقد أعقب ذلك حالة من الثبات في الموارد المخصصة للتصدي للفيروس على مدى السنوات القليلة الماضية. وبالنظر إلى المعدلات المرتفعة الحالية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (مقارنة بأهداف عام 2025)، يتعين خفض أسعار وحدات الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وتعزيز الإنفاق على برامج الوقاية التي تركز على المجموعات السكانية الرئيسية الأكثر عرضة للإصابة بالفيروس.



الشكل 19.6 | توافر الموارد اللازمة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2020-2010، والاحتياجات المقدرة من الموارد اللازمة للتصدي للفيروس بحلول عام 2025

المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

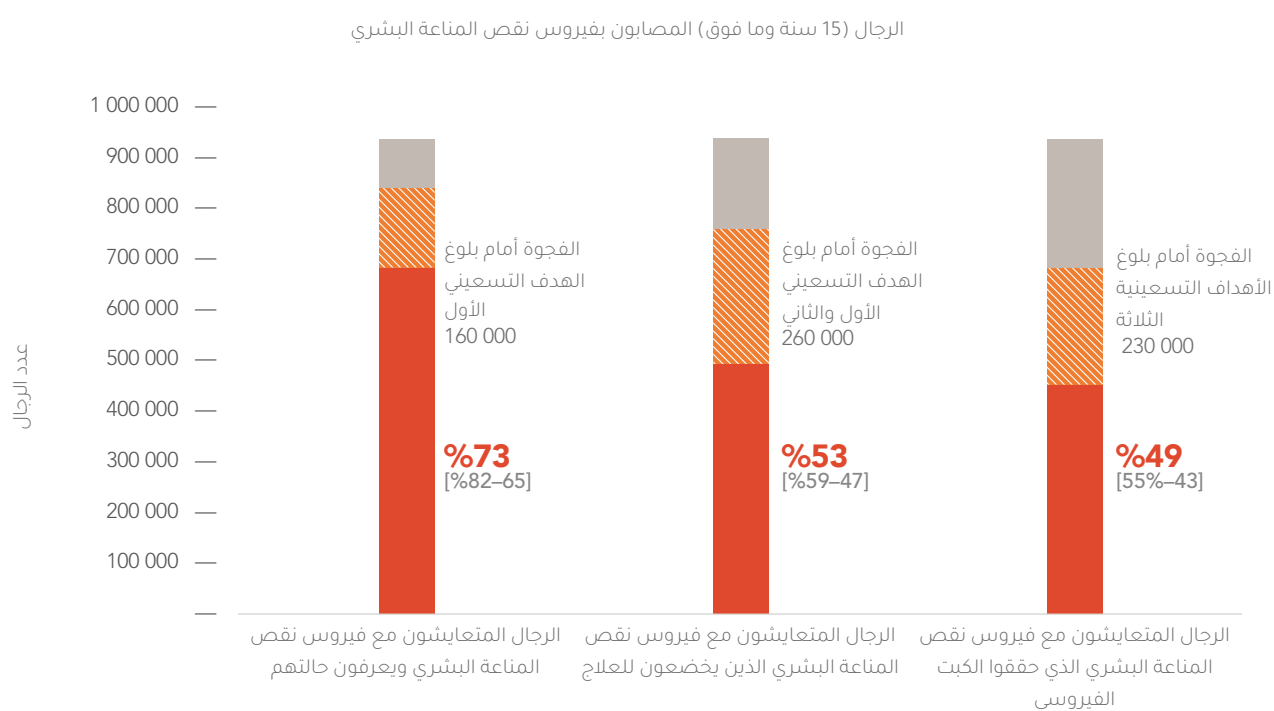
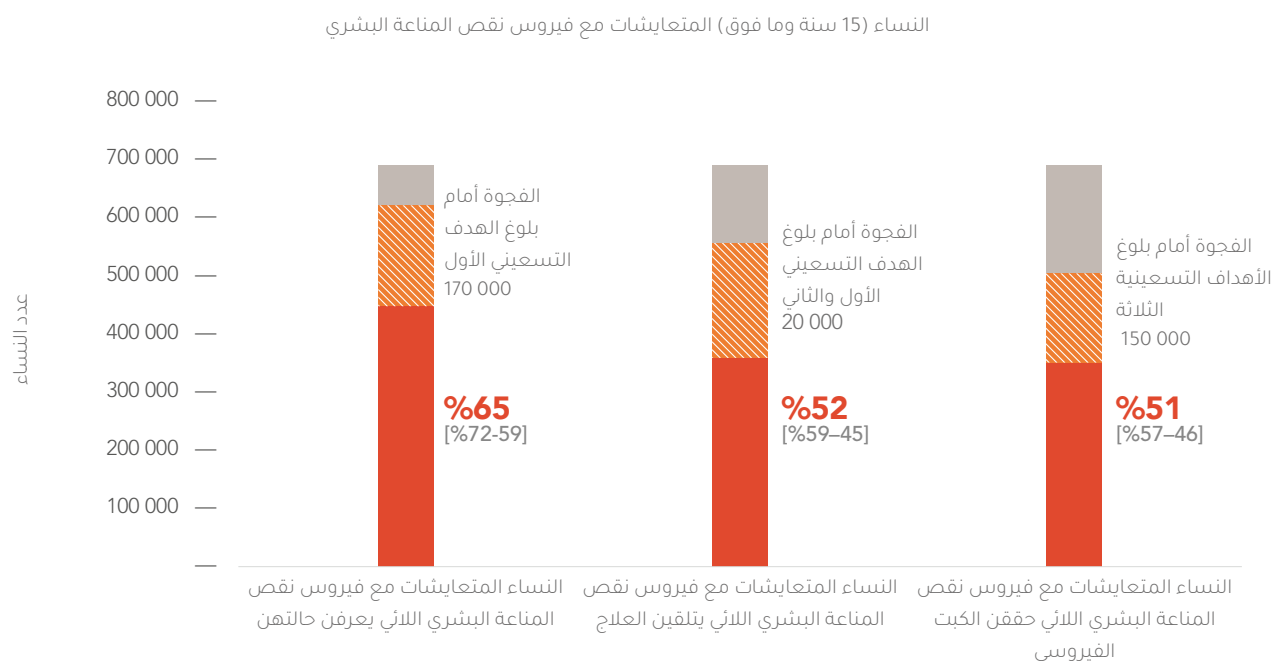
ملحوظة: تعتمد تقديرات الموارد طبقًا لسعر الصرف الثابت للدولار الأمريكي لعام 2019.



الشكل 19.7 | التغير من سنة إلى سنة في توافر الموارد اللازمة للتصدي لفيروس نقص المناعة البشري، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2010-2011 إلى 2019-2020

المصدر: التقديرات والتوقعات المالية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

الشكل 19.5 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، النساء (الفئة العمرية +15) مقارنة بالرجال (الفئة العمرية +15)، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2020



المصدر: تحليل خاص ببرنامح الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

المصادر

1. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2021 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. Geneva: ILGA World; 2020.
4. Azerbaijan. Code of the Azerbaijan Republic on Administrative Violations, 2000 (https://www.legislationline.org/download/id/3439/file/Azerbaijan_Code%20on%20Administrative%20offences_2000_eng.pdf).
5. Bosnia and Herzegovina. The Criminal Code of Bosnia and Herzegovina (https://www.legislationline.org/download/id/8499/file/CC_BiH_am2018_eng.pdf).
6. Kazakhstan. Criminal Code. Article 309 (https://www.legislationline.org/download/id/8260/file/Kazakhstan_CC_2014_2016_en.pdf).
7. The Russian Federation. The Criminal Code of the Russian Federation. No. 63-Fz of 13 June 1996. Article 241 (<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ru/ru080en.pdf>).
8. North Macedonia. Law on Misdemeanors against the Public Order. Article 19 (<https://www.refworld.org/pdfid/5aa126e07.pdf>).
9. Mendos LR. State-sponsored homophobia, 2020. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; December 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf).
10. Global HIV Criminalisation Database [database]. Amsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
11. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS, UNDP; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).

ملحوظة: يعتبر أن بلدًا ما قد جرم العابرين/العابرات جنسيًا إذا استخدم القانون لمعاقبة الأفراد العابرين جنسيًا. وقد يجرم هذا القانون صراحةً على سبيل المثال، تقليد الجنس الآخر، بما في ذلك ارتداء ملابس الجنس الآخر. ويعتبر أن البلد لديه تجريم أو تشريع عقابي للعمل في مجال الجنس إذا ما تم تجريم بيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجريم الأنشطة الإضافية المرتبطة ببيع و/أو شراء الخدمات الجنسية، وتجريم الاستفادة من تنظيم و/أو إدارة الخدمات الجنسية، و/أو وجود لوائح عقابية و/أو إدارية أخرى للعمل في مجال الجنس.

القوانين والسياسات

الجدول 19.2 | القوانين العقابية والتمييزية، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، 2021

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لاستخراج تصاريح الزواج أو العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة	القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاطين مع فيروس نقص المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم	القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم الإفصاح عنه أو التعرض له	موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري	القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام الشخصي	تجريم الممارسات الجنسية المثلية	تجريم العمل في مجال الجنس	تجريم العابرين/العابرات جنسياً
1		1	1	1	1	1	1
1		1	2	1	1	1	1
1		1	1	2	2	4	2
1		1	1	1	1	1	1
		10			9	5	
1		1	1	1	1	1	1
1		1	1	1	1	6	1
1		1	1	1	1	1	1
2		10	2	2	2	2	2
1		1	1	1	1	1	1
2		10	2		9	7	2
1		1	1	1	1	1	1
		10			9	8	
		10			9		3
1		1	1		1	1	1
1		1	1		9	2	2

ألبانيا

أرمينيا

أذربيجان

روسيا البيضاء

البوسنة والهرسك

جورجيا

كازاخستان

قيرغيزستان

الجبل الأسود

جمهورية مولدوفا

الاتحاد الروسي

طاجيكستان

مقدونيا الشمالية

تركمانستان

أوكرانيا

أوزبكستان

تجريم العابرين/العابرات جنسياً

تجريم وملاحقة قضائية

لا تجريم ولا ملاحقة قضائية

البيانات غير متوفرة

تجريم العمل في مجال الجنس

أي تجريم أو لوائح عقابية خاصة بالعمل في مجال الجنس

العمل في مجال الجنس لا يخضع للوائح العقابية أو غير

مجزم

المسألة محددة/تختلف على المستوى المحلي

البيانات غير متوفرة

تجريم الممارسات الجنسية المثلية

عقوبة الإعدام

الحبس (14 سنة-مدى الحياة، حتى 14 سنة) أو بدون تحديد

العقوبة

إلغاء القوانين التي تعاقب الأفعال الجنسية المثلية أو لم

تكن موجودة قط، أو لا يوجد تشريع محدد

البيانات غير متوفرة

القانون يجيز حيازة كمية محدودة من المخدرات للاستخدام

الشخصي

لا

نعم

البيانات غير متوفرة

موافقة الوالدين للمراهقين على الوصول إلى اختبار فيروس نقص

المناعة البشري

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 14 أو 16 عامًا

نعم للمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 12 عامًا

لا

البيانات غير متوفرة

القوانين التي تجرم انتقال فيروس نقص المناعة البشري أو عدم

الإفصاح عنه أو التعرض له

نعم

لا، لكن الملاحظات القضائية قائمة على أساس القوانين

الجنائية العامة

لا

البيانات غير متوفرة

القوانين أو السياسات التي تقيد دخول المتعاطين مع فيروس نقص

المناعة البشري وبقائهم وإقامتهم

الترحيل وحظر الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار

فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

منع الإقامة القصيرة و/أو الطويلة والمطالبة بإجراء اختبار فيروس نقص

المناعة البشري أو الإفصاح للحصول على بعض التصاريح

طلب إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشري أو الإفصاح للحصول

على بعض التصاريح

لا توجد قيود

البيانات غير متوفرة

اختبار فيروس نقص المناعة البشري الإلزامي لتصاريح الزواج أو

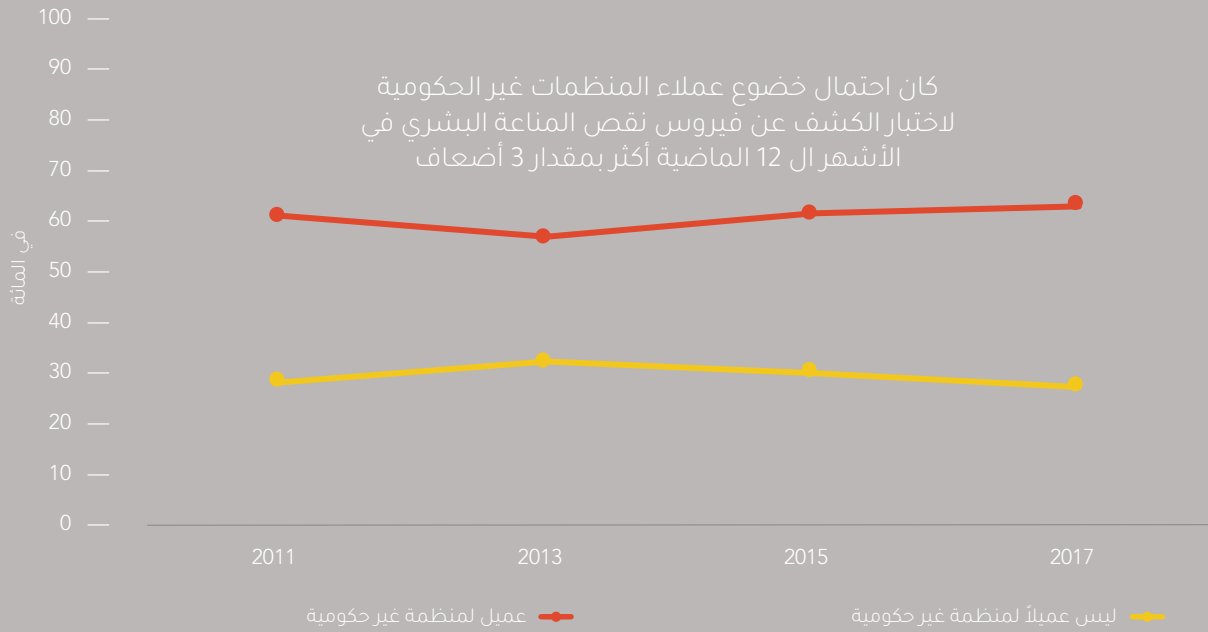
العمل أو الإقامة أو لمجموعات معينة

نعم

لا

البيانات غير متوفرة

الشكل 19.8 | اختبار فيروس نقص المناعة البشري في الأشهر الـ 12 الماضية بين الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن، حسب وضع عميل المنظمة غير الحكومية، أوكرانيا، 2011-2017



المصدر: Trickey A, Semchuk N, Saliuk T, Sazonova Y, Varetska O, Walker JG et al. Has resourcing of non-governmental harm-reduction organizations in Ukraine improved HIV prevention and treatment outcomes for people who inject drugs? Findings from multiple bio-behavioural surveys. J Int AIDS Soc. 2020;23(8):e25608

الساخن لاستخدام المخدرات، الذي يديره مشغلون لديهم تجارب سابقة في استخدام المواد المخدرة. ويضمن عدم الكشف عن الهوية وسرية الخدمات المستندة إلى المنظمات غير الحكومية التزام العملاء بهذه الخدمات الحيوية وامتثالهم لها. ولا يحتاج العملاء إلى تقديم وثائق الهوية؛ وإنما يتلقون الخدمات بناءً على رمز شخصي مميز.

واعتباراً من مايو/أيار 2021، كان ما يقرب من 15700 من مستخدمي المخدرات يتلقون العلاج البديل للمواد الأفيونية في أوكرانيا، وهو أكبر عدد في المنطقة (2). وكان من بينهم 2490 امرأة، تمكنت 12 منهن من الولادة أثناء مشاركتهن في البرنامج (3).

يقول أنطون باسينكو، وهو من أوائل المرضى الذين تلقوا العلاج ببدايل الأفيون في أوكرانيا: "أقول اليوم بكل فخر إن برنامج الحد من الضرر الذي نفذه التحالف من أجل الصحة العامة أنقذ حياتي". إن هذا البرنامج بمثابة معجزة. فمن السهل جداً إعطاء شخص حقنة نظيفة أو اختبار سريع لفيروس نقص المناعة البشري دون الحكم على حياته/حياتها، مع احترام الحقوق الإنسانية وكرامة الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات. لقد ساعد هذا الدعم المهم الأشخاص أمثالي على عدم الاستسلام عندما تدرك أنك مصاب بفيروس نقص المناعة البشري أو التهاب الكبد C*.

وتقدّم أغلب خدمات الدعم الطبي والاجتماعي والنفسي من قبل المنظمات غير الحكومية المحلية، ويتم إجراء آلاف المكالمات شهرياً عبر الخط الوطني

دراسة حالة

المنظمات المحلية تفعل المعجزات للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن في أوكرانيا

من شأن الانتقال من التمويل المقدم من الجهات المانحة إلى التمويل الحكومي لتدابير التصدي لفيروس نقص المناعة البشري في البلدان متوسطة الدخل أن يهدد مستقبل الخدمات التي تقدمها المنظمات غير الحكومية. وقد برزت أهمية خدمات فيروس نقص المناعة البشري وغيرها من خدمات الحد من الضرر التي تقدمها هذه المنظمات للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن في أوكرانيا من خلال دراسة جديدة أجريت على البيانات المسحية.

وتعد المنظمات غير الحكومية هي الجهات الرئيسية التي تقدم معدات الحقن المعقمة، والعوازل الطبية، واختبار فيروس نقص المناعة البشري، والتهاب الكبد C للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن في أوكرانيا منذ أوائل الألفية الجديدة، في حين توفر الحكومة معظم الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية والعلاج ببدائل الأفيون.

ووفقاً لتحليل البيانات المستقاة من الدراسات الاستقصائية البيولوجية السلوكية عن الفترة من عام 2009 إلى عام 2017، كان الأشخاص الذين يحصلون على الخدمات التي تقدمها المنظمات غير الحكومية أكثر احتمالية بمقدار ثلاثة أضعاف بأن يكونوا قد خضعوا لاختبار فيروس نقص المناعة البشري (الشكل 19.8)، وأكثر احتمالية بمقدار 1.5 مرة لاستخدام العوازل الطبية ومعدات الحقن المعقمة. ومن المرجح أيضاً أن يكون المتعايشون مع الفيروس على علم بحالتهم، وأن يسجلوا مع أحد مراكز الإيدز للحصول على رعاية فيروس نقص المناعة البشري وتلقي العلاج المضاد للفيروسات القهقرية (1).¹

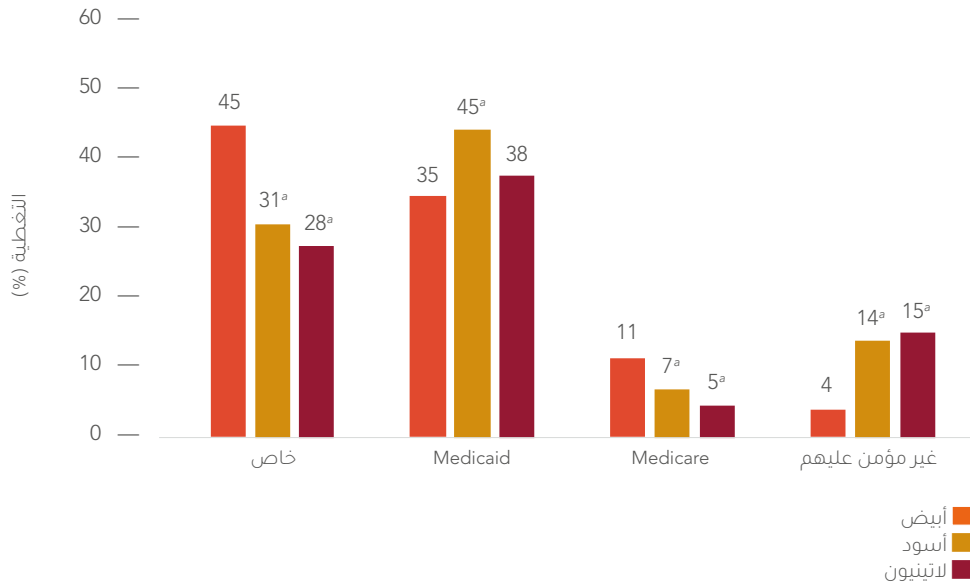
ويبين التحليل أن الخدمات التي تقدمها المنظمات غير الحكومية تحدث فرقاً كبيراً في بلد يعاني من ثاني أكبر وباء لفيروس نقص المناعة البشري في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى (وثالث أكبر وباء لالتهاب الكبد C)، حيث ينجم نحو نصف حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري وأكثر من ثلاثة أرباع حالات الإصابة بالتهاب الكبد C عن الاستخدام غير الآمن للمخدرات عن طريق الحقن.

¹ شارك أكثر من 42000 من الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن في استقصاءات السلوك البيولوجي في 31 مدينة في جميع أنحاء أوكرانيا في أعوام 2009 و2011 و2013 و2015 و2017. واستخدم نحو ثلث المجيبين الخدمات المقدمة من المنظمات غير الحكومية.

المراجع

1. Trickey A, Semchuk N, Saliuk T, Sazonova Y, Varetska O, Walker JG et al. Has resourcing of non-governmental harm-reduction organizations in Ukraine improved HIV prevention and treatment outcomes for people who inject drugs? Findings from multiple bio-behavioural surveys. J Int AIDS Soc. 2020;23(8):e25608.
2. Public Health Centre (PHC) of Ukraine, statistics, May 2021 (<https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>).
3. Public Health Centre (PHC) of Ukraine, 01 April 2021 (<https://bit.ly/3AJag6n>).

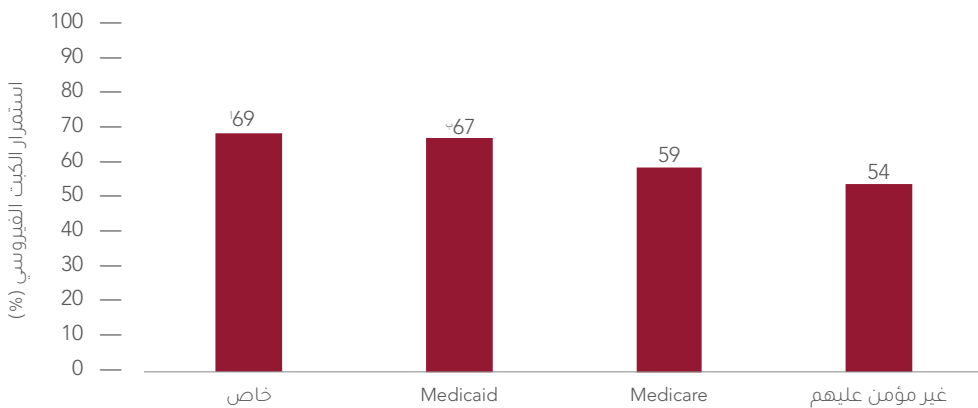
الشكل 20.1 | التغطية التأمينية بين البالغين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، حسب العرق/الانتماء الإثني، الولايات المتحدة الأمريكية، 2018



المصدر: Dawson L, Kates J. Insurance coverage and viral suppression among people with HIV, 2018. In: KFF. المصدر: org [Internet]. 24 September 2020. San Francisco (CA): Kaiser Family Foundation; c2021 (<https://www.kff.org/hiv/aids/issue-brief/insurance-coverage-and-viral-suppression-among-people-with-hiv-2018>).

^a تغطية مختلفة بشكل كبير ($p < .001$) المجموعة المرجعية هي البيض. النسبة المئوية هي التغطية الحكومية الأخرى.

الشكل 20.2 | استمرار الكبت الفيروسي بين البالغين المصابين بفيروس نقص المناعة البشري، من خلال طريقة التغطية التأمينية، الولايات المتحدة الأمريكية، 2018



المصدر: Dawson L, Kates J. Insurance coverage and viral suppression among people with HIV, 2018. In: KFF. المصدر: org [Internet]. 24 September 2020. San Francisco (CA): Kaiser Family Foundation; c2021 (<https://www.kff.org/hiv/aids/issue-brief/insurance-coverage-and-viral-suppression-among-people-with-hiv-2018>).

ملاحظة: يعرف الكبت الفيروسي المستمر بأنه ينطوي على حمل فيروسي لا يمكن اكتشافه في جميع الاختبارات في الأشهر الـ 12 السابقة. تشمل Medicaid أولئك التي تغطيهم كل من Medicaid Medicare أ معدل الكبت الفيروسي أكبر منه لدى الأشخاص غير المؤمن عليهم ($p < .001$) ب معدل الكبت الفيروسي أكبر منه لدى الأشخاص غير المؤمن عليهم ($p < .05$)

الإجراءات ذات الأولوية للقضاء على الإيدز

- تحسين استراتيجيات الاختبار، بما في ذلك تلك الخاصة بالحمل الفيروسي.
- التغلب على الوصم والتمييز في أماكن الرعاية الصحية، ودمج الرعاية في حالات العدوى والأمراض المصاحبة.
- العمل على حصول المجموعات السكانية الرئيسية والمهاجرين والأشخاص الموجودين في أماكن مغلقة على خدمات فيروس نقص المناعة البشري، بغض النظر عن وضعهم القانوني أو التأميني.

- إلغاء القوانين والسياسات التي تعاقب وتميز ضد مجتمعات المثليات والمثليين ومزدوجي الميول الجنسية والعابرين/العابرات جنسياً، والعاملين/العاملات في مجال الجنس، والأشخاص الذين يستخدمون المخدرات، والمتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، والمهاجرين.

- زيادة الاستثمارات في أبحاث فيروس نقص المناعة البشري، مع إيلاء اهتمام خاص لمضادات الفيروسات القهقرية طويلة المفعول ولقاحات الفيروس وإيجاد علاج له.



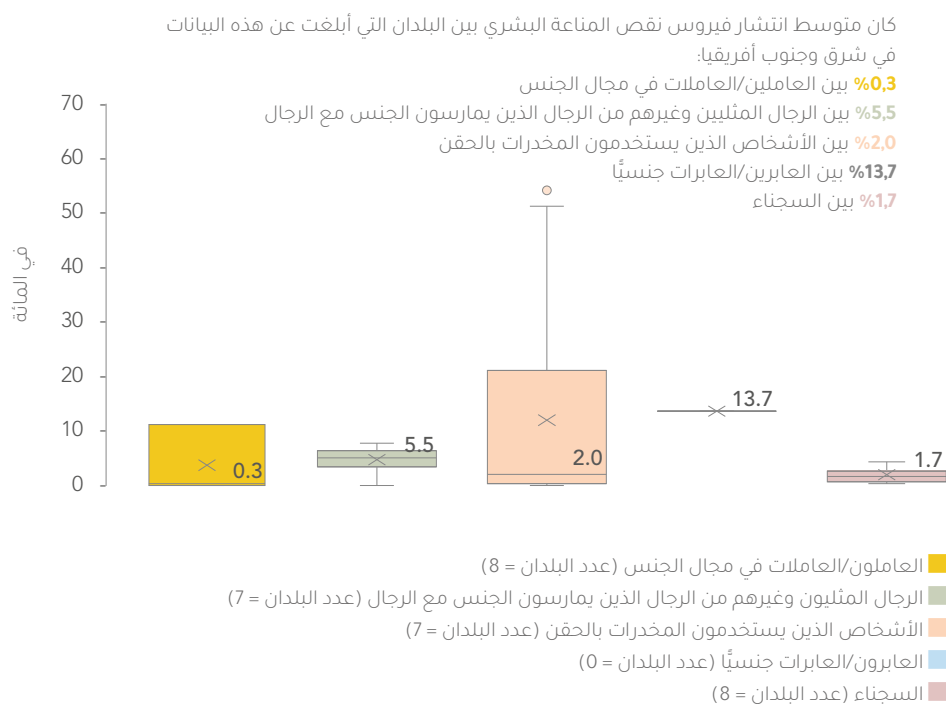
أوروبا الغربية والوسطى وأمریکا الشمالية

تمكنت أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية كمنطقة من تحقيق الأهداف 90-90-90، حيث يشير الانخفاض المستمر في معدلات الإصابة والوفيات السنوية بفيروس نقص المناعة البشري إلى أن معظم الأوبئة في المنطقة تحت السيطرة. بيد أن هذه المتوسطات الإقليمية تحجب الاختلافات بين البلدان وداخلها. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، 34.5% من الأشخاص الذين تم تشخيصهم بعدوى فيروس نقص المناعة البشري (الذين تتراوح أعمارهم بين 13 عامًا وما فوق) لم يتمنوا من كبت الحمل الفيروسي (1).

ويميل الوصول إلى الخدمات في أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية إلى أن يكون أقل بين السكان المهاجرين والأقليات العرقية والإثنية. وترتبط هذه الفوارق بالتمييز الهيكلي، وبالحواجز الإدارية واللغوية التي تحول دون الوصول إلى التأمين الصحي والخدمات، وبالوصم على مستوى المجتمع المحلي. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، تكون تغطية التأمين الصحي أقل بين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري في مجتمعات السود واللاتينيين (الشكل 10.1)، كما يعد المتعاشون مع الفيروس الذين ليس لديهم تأمين صحي أقل عرضة لتحقيق الكبت الفيروسي من هؤلاء الذين يتمتعون بتأمين صحي خاص أو مقدم من الحكومة (الشكل 20.2) (2). ومع ذلك، يمكن للمتعاشين مع الفيروس الذين ليس لديهم تأمين صحي في الولايات المتحدة الأمريكية الوصول إلى العلاج بتكلفة معقولة من خلال قانون رايان وايت الشامل لموارد طوارئ الإيدز (CARE).

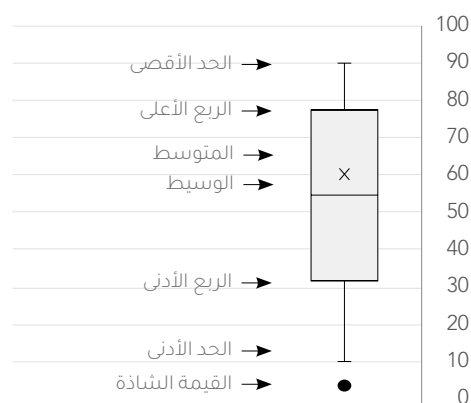
وتسهم زيادة توفير العلاج الوقائي قبل التعرض في خفض حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية وأجزاء من الولايات المتحدة الأمريكية. وتواصل سبل الوقاية الأخرى التي أثبتت جدواها، مثل خدمات الحد من الضرر، كبح أوبئة فيروس نقص المناعة البشري في بلدان مثل إيطاليا وهولندا والبرتغال وإسبانيا وسويسرا، وينبغي تنفيذها على نطاق أوسع في البلدان التي يعد فيها استخدام المخدرات عن طريق الحقن دافع رئيسي للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري والتهاب الكبد الفيروسي.

الشكل 20.5 | معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية، البلدان المبلغة في أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية، 2016-2020



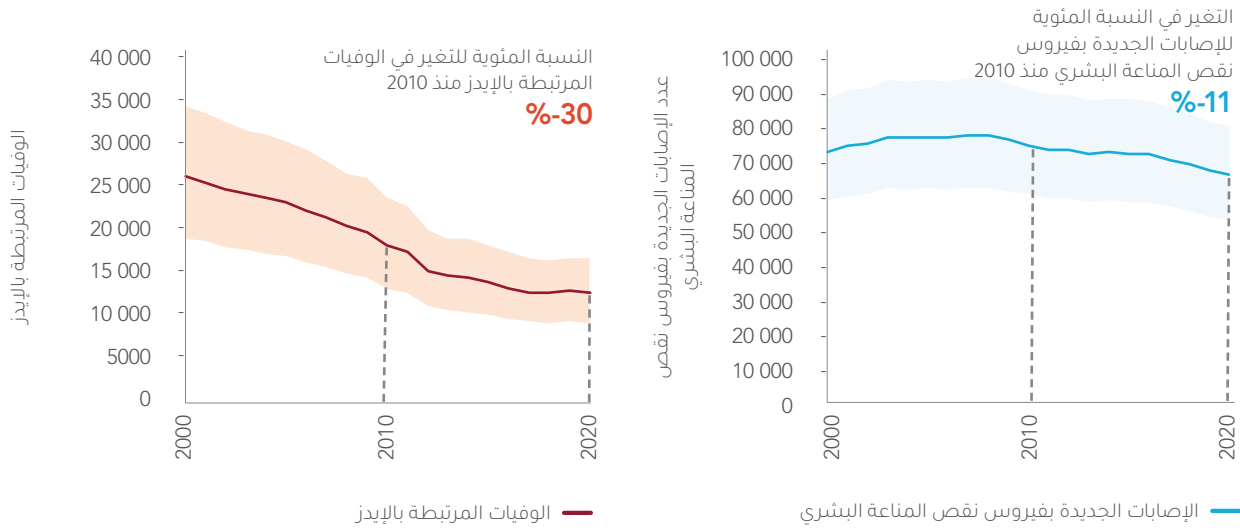
المصدر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org>).
ملحوظة: العدد الإجمالي للبلدان المبلغة = 40

كيف تقرأ هذا الرسم البياني



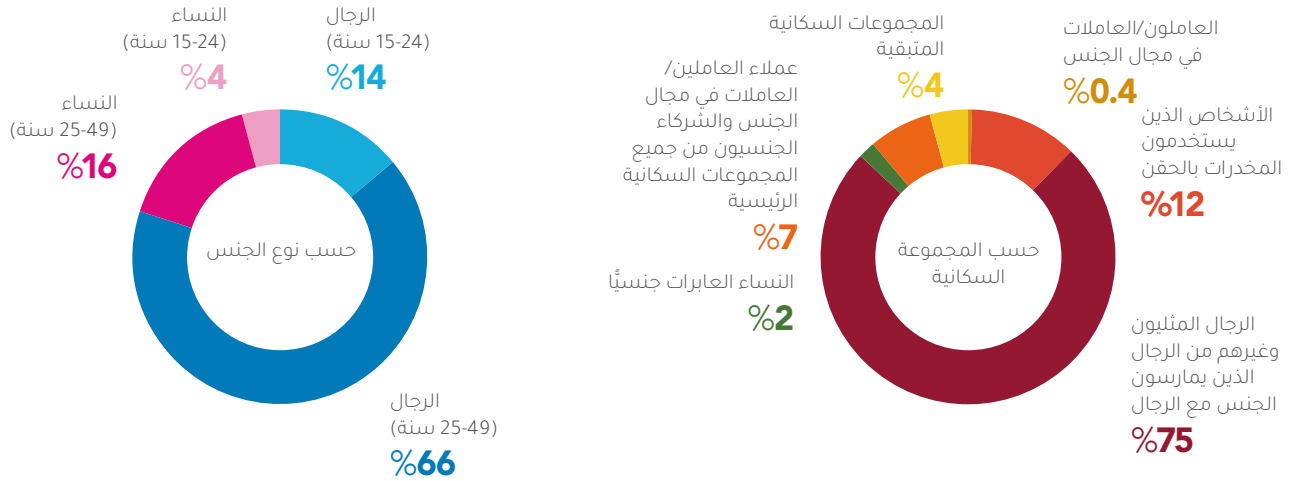
حالة الجائحة

الشكل 20.3 | عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز، أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية، 2000-2020



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (https://aidsinfo.unaids.org).

الشكل 20.4 | توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب المجموعة السكانية والجنس (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا)، أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية، 2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (انظر ملحق المناهج).

الجدول 20.2 | التغير في
الإصابات الجديدة بفيروس
نقص المناعة البشري بين
عامي 2010 و2020، بلدان
أوروبا الغربية والوسطى

التقديرات المعتمدة حسب البلد	التقديرات لم توضع في صيغتها النهائية بحلول وقت النشر
الدنمرك إستونيا إيطاليا هولندا النرويج البرتغال	النمسا بلجيكا سويسرا المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية
اليونان أسبانيا	فنلندا إسرائيل ليتوانيا
أيرلندا جمهورية الصرب	بلغاريا قبرص تشيكيا هنغاريا لاتفيا بولندا سلوفاكيا السويد تركيا

المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2021؛ المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها، المكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية. ترصد فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز في أوروبا 2020؛ بيانات عام 2019. كوبنهاغن: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأوروبا: 2020. ملاحظات: تم حذف البلدان في حال وجود تباين بين العدد المقدر للإصابات الجديدة للفترة 2010-2020 والتشخيصات الجديدة للفترة 2010-2019 (كرواتيا وفرنسا وألمانيا ورومانيا). وتم حذف البلدان التي يوجد بها أقل من 50 إصابة جديدة بالفيروس.

في أوروبا الغربية والوسطى، شهد 11 بلدًا انخفاضًا في معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة تزيد عن 20% منذ عام 2010. وشهد 16 بلدًا زيادات أو انخفاضات محدودة في الإصابات الجديدة (الشكل 10-20). وتتعرض الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشري في العديد من البلدان في وسط أوروبا بسبب محدودية الالتزام السياسي والمضايقات وغيرها من انتهاكات الحقوق ضد المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي والعابرين/العابرات جنسيًا وثنائيي الجنس وغيرهم من المجموعات السكانية الرئيسية. وبسبب عدم كفاية الخطوات المتخذة للوصول إلى المجموعات السكانية الرئيسية بتوليفات مدعومة بالأدلة من خدمات توقي واختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري.

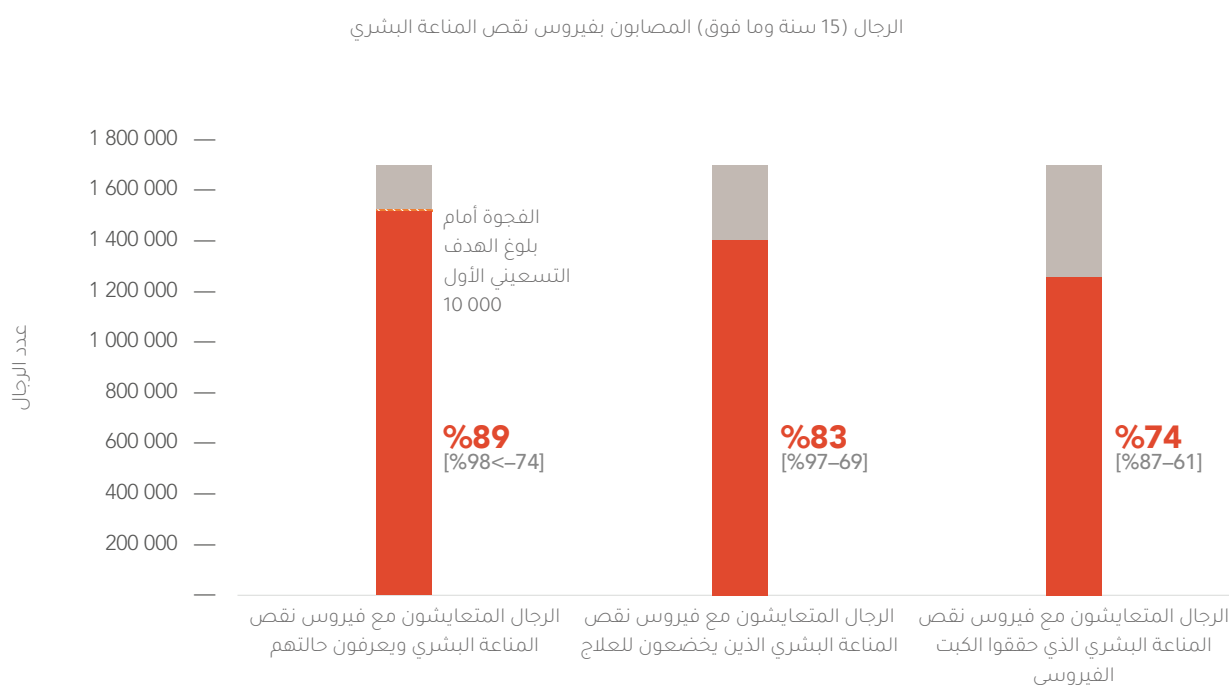
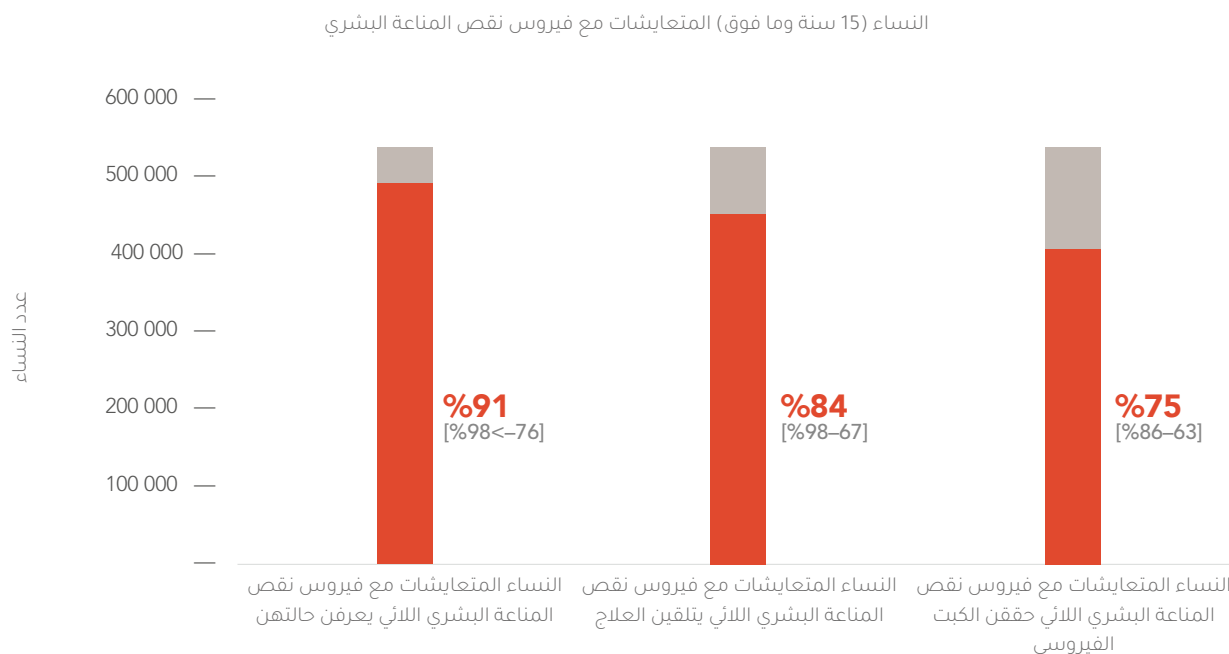
الجدول 20.1 | الحجم التقديري المُبلَّغ عنه للمجموعات السكانية الرئيسية، أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية، 2018-2020

السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة	السجناء	العابرون/العابرات جنسياً جنسية مثوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	العابرون/العابرات جنسياً	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً)	الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال	العاملون/العاملات في مجال الجنس كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة)	العاملون/العاملات في مجال الجنس	السكان البالغون على المستوى الوطني (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) في عام 2020 أو في العام ذي الصلة	
0.09%	14 000	0.45%	75 000							16 500 000	كندا
0.45%	21 600			0.85%	40 800					4 800 000	جمهورية التشيك
0.42%	2300									560 000	إستونيا
0.16%	57 600									35 800 000	ألمانيا
										4 100 000	إسرائيل
										4 000 000	صربيا
		0.68%	1 000 000							148 000 000	الولايات المتحدة الأمريكية
-		0.06%		0.06%		0.82%		0.34%		النسبة الوسطية الإقليمية المقدرة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) أ، ب:	

■ تقدير حجم السكان على المستوى الوطني
■ البيانات غير كافية
■ لا توجد بيانات
■ تقدير حجم السكان المحليين

المصادر: أداة رصد الإيدز على مستوى العالم التابعة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) : نموذج Spectrum في برنامج DemproJ لتحليل الديموغرافي، 2021: التوقعات السكانية في العالم 2019 [الإنترنت]. نيويورك: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة: 2020 (<https://population.un.org/wpp/>) (البيانات المخصصة التي يتم الحصول عليها عبر الموقع الإلكتروني).
أ (Quick Start Guide for Spectrum, 2020. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).
ب Technical brief: recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: WHO, UNAIDS; 2020.
ملحوظة 1: التقديرات الواردة هي تقديرات قدمتها الحكومات وتم الإبلاغ عنها للفترة 2018-2020. وقد تتوفر تقديرات إضافية وبدلية من مصادر مختلفة، بما في ذلك أطلس المجموعات السكانية الرئيسية (<https://kpatlas.unaids.org/>) أو المنشورات الأكاديمية أو الوثائق المؤسسية.
ملحوظة 2: القيم المبلغ عنها للرجال المثليين والرجال الآخرين الذين يمارسون الجنس مع الرجال معروضة كنسبة مئوية من السكان البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) من أجل الاتساق عبر المجموعات السكانية الرئيسية. وستكون النسبة المئوية لهذه المجموعة من السكان الذكور البالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عاماً) تقريباً ضعف القيم الموضحة.

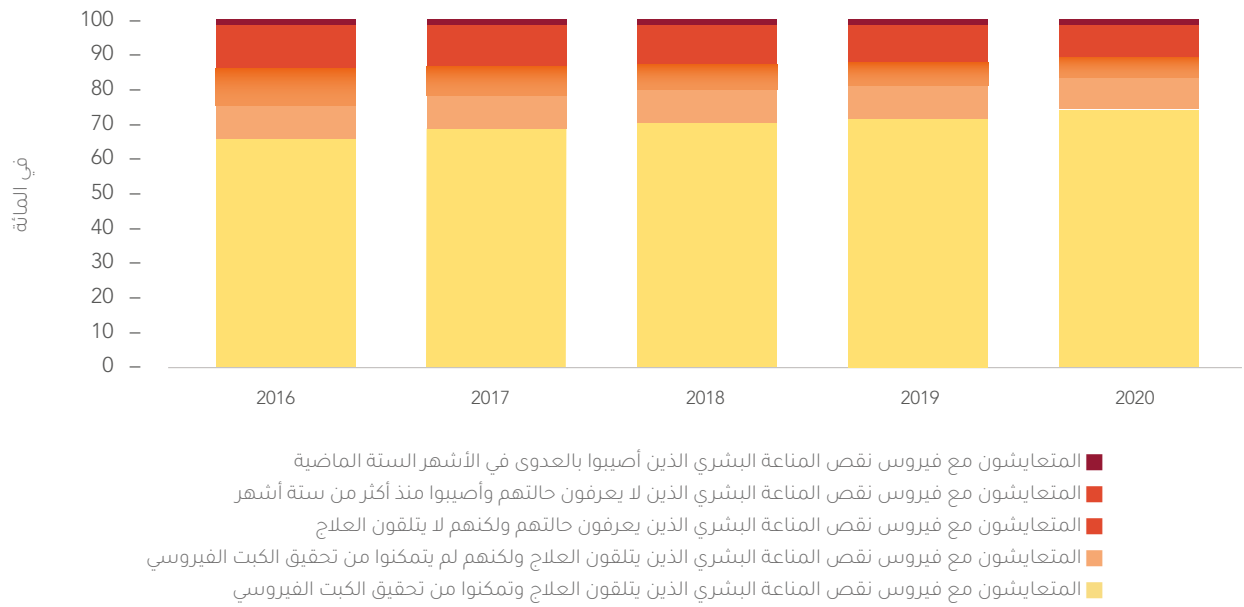
الشكل 20.7 | سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، النساء (الفئة العمرية +15) مقارنة بالرجال (الفئة العمرية +15)، غرب ووسط أوروبا وأمريكا الشمالية، 2020



المصدر: تحليل خاص ببرنامح الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

خدمات فيروس نقص المناعة البشرية

الشكل 20.6 | المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية، والمصابون حديثًا بالعدوى في الأشهر الستة الماضية، وحالة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية، البالغون (الذين تزيد أعمارهم عن 15 عامًا)، أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية، 2016-2020



المصدر: تحليل خاص لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2021.

وقد أفادت حملة التوعية حتى المتطوعين. فذكر أحدهم "لم يكن أحد [من بين المتطوعين] يعرف أن دواء فيروس نقص المناعة البشري فعال بهذا الشكل وأنه يمنع انتقال الفيروس إلى الشركاء. فقد كان من المفيد أن أعرف هذه المعلومة."

إن أهمية إنشاء شبكات مجتمعية في حالات تفشي الجوائح من الأمور المعروفة (13). وبالنسبة لمشروع HIV-SAM، فقد أتى العمل ثماره على صعيد الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري وما بعدها. وخلال أزمة كوفيد-19، تم استخدام هذه الشبكات المجتمعية القائمة لنشر معلومات حاسمة ومفصلة حول الجائحة، وتفنيد المفاهيم الخاطئة، والحد من التردد في أخذ اللقاحات، والمساعدة في التغلب على العزلة الاجتماعية. كما تم الإعلان عن المعلومات والموارد المتعلقة بالوقاية من خلال الشبكات المجتمعية على الإنترنت.

وبعد تجربتها مع المجتمعات المحلية، تم نشر مجموعة من الرسائل المختارة على الملصقات والنشرات وفي مقاطع الفيديو وفي منشورات وسائل التواصل الاجتماعي. وعُقدت حلقات عمل ودورات تدريبية لزيادة الوعي المجتمعي ونشر المعلومات، حيث تم تكييفها مع مرور الوقت لتعكس وجهات نظر الناس المتنوعة وأولوياتهم الصحية. كما قام متطوعون من منظمات المجتمع المحلي بتوزيع العوازل الطبية المجانية في المهرجانات والمناسبات المجتمعية الأخرى.

وقامت جماعات المجتمع المحلي بحملة للحد من الوصم، بدءًا من ديسمبر/كانون الأول 2019، والتي وصلت إلى ما يقرب من 10000 شخص من خلال اللقاءات وجهاً لوجه، والملصقات في الأماكن الاجتماعية الشعبية ووسائل التواصل الاجتماعي؛ وذلك قبل توقف العمل بسبب جائحة كوفيد-19.

**WE ARE NOT AFRAID OF PEOPLE
LIVING WITH HIV ANYMORE. AND YOU?**



**LET'S STOP STIGMATISING
People living with HIV**

**JE N'AI PLUS PEUR DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH. ET VOUS?**



*« La personne vivant avec le VIH qui
suit correctement son traitement
ne transmet pas le VIH par voie
sexuelle. »*

**CESSONS DE STIGMATISER
les personnes vivant avec le VIH**



**INSTITUTE
OF TROPICAL
MEDICINE
ANTWERP**



**HIV
SAM**



**Vlaanderen
is zorg**



**INSTITUTE
OF TROPICAL
MEDICINE
ANTWERP**



**HIV
SAM**



**Vlaanderen
is zorg**

This project was made possible with the financial support of ViV Healthcare Belgium
MORE INFORMATION ON WWW.HIVSAM.BE

Le projet a été rendu possible grâce au soutien financier de ViV Healthcare Belgium
PLUS D'INFORMATIONS SUR LE PROJET SONT DISPONIBLES SUR WWW.HIVSAM.BE

أمثلة من المواد المطبوعة التي تم إنتاجها في إطار حملة HIV-SAM للحد من الوصم في مدينة فلاندرز، بلجيكا

دراسة حالة

التغلب على الخوف وفيروس نقص المناعة البشري في مجتمعات المهاجرين الأفارقة في بلجيكا

أنه بسبب وجود مجموعة من العوائق بات العديد من المهاجرين غير الشرعيين قادرين على الوصول فقط إلى الرعاية في حالات الطوارئ، حتى في البلدان التي يتمتعون بها بكامل الحق في الرعاية الصحية (9). ونتيجة لذلك، يمكن أن يتأخر تشخيص الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري في هذه المجتمعات، ويمكن أن تكون نتائج العلاج ضعيفة (10، 11).

ويعمل مشروع فيروس نقص المناعة البشري- المهاجرين من إفريقيا جنوب الصحراء (HIV-SAM) الذي يضطلع به معهد أنتويرب للطب الاستوائي، على التغلب على هذه العقبات في المنطقة الفلمنكية في بلجيكا. ويعتمد المشروع نهجاً تشاركياً للوصول إلى المجتمعات المحلية من أصل أفريقي جنوب الصحراء بمعلومات أساسية عن فيروس نقص المناعة البشري وخدمات الوقاية والاختبار. ومثال على ذلك هو حملة "أنا لا أخشى المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري- وأنت؟" للحد من الوصم المرتبط بالإصابة بالفيروس، التي انطلقت في عام 2019.

وقد انبثقت هذه الحملة التي جمعت موارد 18 منظمة اجتماعية وثقافية، وجماعات كنسية، ومجموعة دعم الأقران من المتعايشين مع الفيروس، وفرادي المتطوعين-من البحوث التي أظهرت مستويات عالية من الوصم بسبب الفيروس في المجتمعات ذات الأصول الأفريقية، والتي غالباً ما كانت تعاني أيضاً من التمييز في مرافق الرعاية الصحية (12). وساعد أفراد المجتمع في صياغة الرسائل والملصقات ومقاطع الفيديو المناسبة. وأدت مشورتهم إلى التركيز على مواضيع التعاطف، وتوضيح كيف يضر الوصم بصحة الناس، وتبسيط الضوء على مزايا العلاج الناجح بمضادات الفيروسات القهقرية.

تُظهر الدراسات أن أوبئة فيروس نقص المناعة البشري في أوروبا الغربية والوسطى تؤثر بشكل غير متناسب على السكان المهاجرين. حيث تعد معدلات انتشار الفيروس عادة أعلى بين المهاجرين القادمين من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (3). وفي بلجيكا، يشكّل المهاجرون من أصل أفريقي جنوب الصحراء 0,8% فقط من سكان البلاد، لكنهم يمثلون 30% من حالات فيروس نقص المناعة البشري المبلّغ عنها حديثاً في عام 2019 (4).¹ ففي مدينة أنتويرب، على سبيل المثال، يبلغ معدل انتشار الفيروس نحو 6% بين النساء المهاجرات وأكثر من 4% بين الرجال المهاجرين من أفريقيا جنوب الصحراء. مقارنة بمعدل انتشار الفيروس بنسبة 0,17% (5، 6).

ولا تعد الهجرة في حد ذاتها من عوامل الخطر للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري. رغم أنها قد تضع الناس في أوضاع تزيد من ضعفهم وتجعل من الصعب الحصول على خدمات الوقاية من الفيروس واختباره وعلاجه. بل بالعكس، فلن نسباً كبيرة من المهاجرين المتعايشين مع الفيروس في أوروبا قد أصيبوا بالعدوى بعد الهجرة. وتشير إحدى الدراسات التي أجريت بين عامي 2013 و2015 في تسعة بلدان أوروبية، بما في ذلك بلجيكا، إلى أن نحو 45% من المتعايشين مع الفيروس القادمين من أفريقيا جنوب الصحراء قد أصيبوا بالعدوى بعد هجرتهم (7).

ويميل حصول المهاجرين على الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري إلى أن يكون ضعيفاً. ويعزى ذلك إلى عدد من الأسباب منها انخفاض الشعور بخطر الإصابة بالفيروس، والحواجز الثقافية واللغوية، وعدم وجود سياسات صحية شاملة للمهاجرين، والوصم والتمييز المرتبطين بالإصابة بالفيروس (8). وينطبق ذلك على أي مكان آخر في أوروبا، حيث وجدت إحدى المراجعات

¹ حيث كانت جنسية الشخص غير معلومة

المراجع

1. US Centers for Disease Control and Prevention. Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data—United States and 6 dependent areas, 2019. HIV Surveillance Supplemental Report. 2021;26(No. 2) (<http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>).
2. Dawson L, Kates J. Insurance coverage and viral suppression among people with HIV, 2018. In: KFF.org [Internet]. 24 September 2020. San Francisco: Kaiser Family Foundation; c2021 (<https://www.kff.org/hiv/aids/issue-brief/insurance-coverage-and-viral-suppression-among-people-with-hiv-2018/>).
3. Tavares AM, Fronteira I, Couto I, Machado D, Viveiros M, Abecasis AB et al. HIV and tuberculosis co-infection among migrants in Europe: a systematic review on the prevalence, incidence and mortality. PLoS One. 2017;12(9):e0185526.
4. Sasse A, Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. Epidemiologie van aids en HIV-infectie in België. Toestand op 31 December 2019. Brussels: Sciensano; 2020 (available at <https://www.sciensano.be/nl/biblio/epidemiologie-van-aids-en-hiv-infectie-belgie-toestand-op-31-december-2019>).
5. Loos J, Nöstlinger C, Vuylsteke B, Deblonde J, Ndungu M, Kint I et al. First HIV prevalence estimates of a representative sample of adult sub-Saharan African migrants in a European city. Results of a community-based, cross-sectional study in Antwerp, Belgium. PLoS ONE. 2017;12(4):e0174677.
6. Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2017. Sciensano. Épidémiologie et santé publique, Novembre 2018, Bruxelles, Belgique (https://www.sciensano.be/sites/default/files/rapport_vih-sida_2017_6web.pdf).
7. Alvarez-del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte AF et al. High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. AIDS. 2017;31(14):1979-88.
8. Van Beckhoven D, Florence E, Deblonde J, Ruelle J, Verhofstede C, Callens S et al. Good continuum of HIV care in Belgium despite weaknesses in retention and linkage to care among migrants. BMC Infect Dis. 2015;15(1):496.
9. De Vito E, De Waure C, Specchia M, Ricciardi W. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2015.
10. Fakoya I, Álvarez-Del Arco D, Monge S, Copas AJ, Gennotte A-F, Volny-Anne A et al. HIV testing history and access to treatment among migrants living with HIV in Europe. J Int AIDS Soc. 2018;21 Suppl 4:e25123.
11. Nöstlinger C, Cosaert T, Van Landeghem E, Vanhamel J, Zenner D, Jacobi J et al. Casting light on an underserved population: evidence review of HIV among migrants in the EU/EEA. The Lancet. 2021. Pre-print (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3815670).
12. Manirankunda L, Aletha W, Ddungu C, Nöstlinger C. Manifestations of HIV-related stigma among sub-Saharan African migrants in Flanders. Breach Symposium; 2017.
13. Kickbusch I, Reddy KS. Community matters—why outbreak responses need to integrate health promotion. Global Health Promot. 2016 Mar;23(1):75-8.



VI ملحق المناهج

في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي والشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي لا تتوفر لديها بيانات رصدية أو مسحية كافية بشأن فيروس نقص المناعة البشري، ولكن لديها نظم قوية للإبلاغ عن الأمراض-يتم الاسترشاد ببيانات الإبلاغ عن حالات الإصابة بالفيروس وبيانات الوفيات المرتبطة بالإيدز المستمدة من نظم التسجيل الحيوية، لتحديد اتجاهات ومستويات انتشار الفيروس وحدوده على الصعيد الوطني. وتتيح هذه المناهج أيضًا الفرصة لكي تنظر البلدان في الأدلة على نقص الإبلاغ أو التأخر في الإبلاغ عن حالات الإصابة بالفيروس، فضلًا عن سوء تصنيف الوفيات الناجمة عن أسباب مرتبطة بالإيدز.

وفي جميع البلدان التي يدعم فيها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وضع التقديرات، تُستخدم الافتراضات المتعلقة بفعالية توسيع نطاق برنامج فيروس نقص المناعة البشري وأنماط انتقال الفيروس وتطور المرض، للحصول على تقديرات خاصة بالفئة العمرية ونوع جنس المتعاطشين مع الفيروس، والأشخاص المصابين حديثًا بالفيروس، والأشخاص الذين يتوفون من الأمراض المرتبطة بالإيدز، وغير ذلك من المؤشرات الهامة (بما في ذلك إحصاءات تغطية البرامج العلاجية). وتستند هذه الافتراضات إلى مراجعات منهجية للأدبيات وتحليلات لبيانات الدراسات الأولية من قبل خبراء علميين. وتُستخلص البيانات السكانية الديموغرافية، بما في ذلك تقديرات الخصوبة، من ملفات بيانات التوقعات السكانية العالمية لعام 2019 التابعة لشعبة الأمم المتحدة للسكان أو بيانات التعداد الأخيرة.

ويجري استعراض المدخلات المختارة في النموذج-بما في ذلك عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية وعدد النساء اللائي يحصلن على الخدمات لمنع الانتقال العمودي لفيروس نقص المناعة البشري-والتحقق من صحتها بالمشراكة مع منظمة اليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية، وخطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز ووكالاتها، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، وشركاء آخرين. ويتم استعراض الملفات النهائية المقدّمة من البلدان والتي تتضمن النواتج المنمّدة لدى برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لضمان أن تكون النتائج قابلة للمقارنة بين المناطق والبلدان، وبمرور الوقت.

وفي عام 2021، وُضعت تقديرات دون وطنية وتم استخدامها من قبل 39 بلدًا في أفريقيا جنوب الصحراء. وترد مناهج إعداد هذه التقديرات دون الوطنية في الجزء الرابع من هذا الملحق.

ويمكن الاسترشاد بالاتجاهات المستمدة من زيارات النساء الحوامل إلى عيادات الرعاية السابقة للولادة، سواء تم ذلك من خلال الترصد أو البيانات الروتينية، في حساب التقديرات الخاصة باتجاهات الانتشار على الصعيد الوطني، في حين تعد البيانات المستمدة من المسوح السكانية-التي تجرى بشكل أقل تواترًا ولكن بتغطية جغرافية أوسع وتشمل الرجال أيضًا- أكثر فائدة فيما يتعلق بحساب التقديرات الخاصة بمعدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشري على الصعيد الوطني. كما تسهم البيانات المستمدة من هذه المسوح في تقدير معدلات انتشار الفيروس واتجاهاته حسب العمر والجنس. وبالنسبة لعدد قليل من البلدان في أفريقيا جنوب الصحراء التي لم تجر أي مسوح سكانية، يتم تعديل معدلات انتشار الفيروس استنادًا إلى المقارنات بين ترصد عيادات الرعاية السابقة للولادة وبيانات المسوح السكانية الواردة من بلدان أخرى في المنطقة. وتُستخدم بعد ذلك اتجاهات انتشار الفيروس وأعداد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في استخلاص تقدير لمعدلات الإصابة بالفيروس.

وفي البلدان المتبقية، حيث يحدث انتقال فيروس نقص المناعة البشري بدرجة كبيرة بين المجموعات السكانية الرئيسية الأكثر عرضة للإصابة بالفيروس، وحيث يعتبر الوباء فيها منخفض المستوى، تستخرج التقديرات إما من ترصد المجموعات السكانية الرئيسية وعموم السكان ذوي الاختطار المنخفض، أو من بيانات الإبلاغ عن حالات الإصابة بالفيروس، اعتمادًا على البيانات الأكثر موثوقية في كل بلد. وفي البلدان التي تتوافر لديها بيانات تُرصد عالية الجودة بشأن فيروس نقص المناعة البشري في صفوف المجموعات السكانية الرئيسية، يتم استخلاص التقديرات والاتجاهات الوطنية باستخدام البيانات المستمدة من الدراسات المتكررة عن انتشار الفيروس والتي تركز على المجموعات السكانية الرئيسية. ويتزايد استخلاص تقديرات حجم المجموعات السكانية الرئيسية بشكل تجريبي في كل بلد؛ وعندما لا تكون الدراسات متاحة، فإنها تُستخلص استنادًا إلى القيم الإقليمية وتوافق الآراء فيما بين الخبراء. وتستخدم مصادر أخرى للبيانات-مثل بيانات الإبلاغ عن حالات الإصابة بالفيروس، والدراسات الاستقصائية القائمة على السكان، وترصد النساء الحوامل-لتقدير مدى انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين عموم السكان ذوي المخاطر المنخفضة. وتُستخدم منحنيات انتشار الفيروس وأعداد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لاستخلاص الاتجاهات الوطنية لمعدلات الإصابة بالفيروس.

وبالنسبة لمعظم البلدان في أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية -والعديد من البلدان

مناهج برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في استخلاص تقديرات فيروس نقص المناعة البشري

**وصف موجز للمناهج التي يستخدمها برنامج
الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز
لإعداد التقديرات³**

مقدمة

يقدم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز سنوياً تقديرات نموذجية منقحة على الصعيد العالمي والإقليمي والقطري باستخدام أفضل البيانات الوبائية والبرنامجية المتاحة لتتبع وباء فيروس نقص المناعة البشري. وتعد التقديرات النموذجية ضرورية نظراً لأنه من المستحيل إحصاء العدد الفعلي للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، أو الأشخاص الذين أصيبوا حديثاً بالفيروس، أو الأشخاص الذين توفوا لأسباب مرتبطة بالإيدز في أي بلد؛ إذ يتطلب ذلك إجراء اختبارات دورية لكل شخص للكشف عن الفيروس وتحري جميع الوفيات، وهو أمر مستحيل من الناحية اللوجستية كما ينطوي على إشكالية أخلاقية. وتوفر التقديرات النموذجية والحدود الدنيا والعليا لهذه التقديرات-طريقة مناسبة علمياً لوصف مستويات واتجاهات وباء فيروس نقص المناعة البشري.

إقامة شراكات لتطوير مناهج لحساب تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

تستخدم الأفرقة القطرية في حساب التقديرات السنوية برمجيات مدعومة من قبل برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. وتتألف الأفرقة القطرية في الأساس من أخصائيين في الرصد والتقييم، وموظفي البرامج، واختصاصي الوبائيات، والديموغرافيين وغيرهم من وزارة الصحة الوطنية، والهيئات الوطنية المعنية بالإيدز، والشركاء التقنيين.

البرنامج المستخدم لحساب التقديرات هو حزمة برنامج الطيف Spectrum (الذي تم تطويره بواسطة مؤسسة أفينير هيلث Avenir Health)، مع عدد من النماذج الإضافية التي تتفاعل مع برمجية Spectrum من أجل تقدير معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري¹ ويقدم الفريق المرجعي المعني بالتقديرات والنمذجة والإسقاطات التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إرشادات تقنية بشأن تطوير المكوّن الخاص بفيروس نقص المناعة البشري في البرنامج².

بالنسبة للبلدان التي تكون فيها معدلات انتقال فيروس نقص المناعة البشري مرتفعة بما يكفي لاستمرار انتشار الوباء بين عموم السكان، فإن البيانات الوبائية المتاحة تتكون عادة من نتائج معدلات انتشار الفيروس المستقاة من النساء الحوامل اللاتي يترددن على عيادات الرعاية السابقة للولادة، وكذلك من المسوح السكانية التمثيلية التي يتم إجراؤها على الصعيد الوطني. وقد سبق للعديد من البلدان أن أجرت عمليات الترخيد المخفري لفيروس نقص المناعة البشري بين النساء اللاتي يترددن على عيادات الرعاية السابقة للولادة، الأمر الذي يتطلب جمع البيانات من مجموعة مختارة من العيادات لبضعة أشهر كل بضع سنوات. وفي الآونة الأخيرة، توقف عدد من البلدان عن إجراء الترخيد المخفري بين النساء الحوامل، حيث تستخدم الآن البيانات المستمدة من الاختبارات الروتينية للكشف عن الفيروس التي تُجرى عندما تذهب النساء الحوامل إلى عيادات الرعاية السابقة للولادة ويتم فحصهن للكشف عن الفيروس. وتتلافى هذه البيانات الاضطرار إلى بذل جهود منفصلة للتخيد، كما توفر مجموعة كاملة من البيانات من جميع العيادات في جميع أنحاء البلاد بدلاً من تجميع عينات من مواقع محددة.

¹ يمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات حول مؤسسة Avenir Health على موقعها الإلكتروني www.avenirhealth.org.

² لمعرفة المزيد عن الفريق المرجعي المعني بالتقديرات والنمذجة والإسقاطات التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، يرجى زيارة الموقع www.epidem.org.

³ تتوفر مجموعة من المقالات التي تصف المناهج في ملحق صدر في عام 2019 (المجلد 33، الملحق 3) من مجلة الإيدز. <https://journals.aidsonline.org/toc/2019/12153> . وسيتم إصدار

الذكور بمقدار 0,05 في السنة خلال الفترة 2010-2020.

الأثر: يؤدي ذلك إلى زيادة الإصابات الجديدة بين الإناث (نحو 10%) بشكل مباشر كما يزيد بشكل غير مباشر من الإصابات الجديدة والوفيات المرتبطة بالإيدز بشكل عام (1-2%) عن طريق زيادة انتقال العدوى من الأم إلى الطفل والتحويلات في تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للبالغين.

الحد من انتقال العدوى بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية

افتترضت برمجية Spectrum سابقاً أن العلاج المضاد للفيروسات القهقرية يقلل من معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري بنسبة 0,7% لكل نقطة مئوية زيادة في تغطية العلاج. ويتم حالياً زيادة قيمة هذا المعيار من 0,7% إلى 0,8% بناءً على مراجعة لمعايير وباء فيروس نقص المناعة البشري الحديثة لنماذج انتقال الفيروس الآلية والأدلة المستقاة من تجارب الاختبار والعلاج الشاملة.

الأثر: سيكون معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري أقل مع زيادة تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. وقد يكون تأثير هذا التغيير أكبر في البلدان-وفي السنوات-التي تتوافر بها بيانات قوية عن معدلات انتشار الفيروس.

انقطاع العلاج

في النموذج في السابق، كان الأشخاص الذين انقطعوا عن العلاج المضاد للفيروسات القهقرية يعودون إلى فئتهم الأساسية الخاصة بعدد خلايا CD4 عندما أوقفوا العلاج. واستناداً إلى مراجعة الأدبيات المنشورة حول انقطاع العلاج، يفترض Spectrum حالياً أن الأشخاص ينتمون إلى فئة واحدة لخلايا CD4 بعد انقطاعهم عن العلاج، وتكون هذه الفئة أعلى من فئة ما قبل العلاج. وينطبق ذلك فقط على المرضى الذين كانوا يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لأكثر من 12 شهراً قبل الانقطاع.

الأثر: سيتوقف أثر هذا التغيير على ما إذا كان الفريق القطري قد أدخل معلومات عن المنقطعين عن المتابعة. لن تشهد البلدان التي تحقق الاستبقاء السنوي بنسبة 100% أي تغيير. وقد تشهد البلدان التي أبلغت عن انخفاض معدل الاستبقاء انخفاضاً في أعداد الوفيات مع هذا التغيير مقارنة بتقديراتها لعام 2020.

نموذج التاريخ الطبيعي للبالغين

وباستخدام البيانات المسحية لتقييم أثر فيروس نقص المناعة البشري القائم على السكان بشأن المتعايشين مع الفيروس الذين لا يتلقون العلاج، قرر الفريق المرجعي التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أن برمجية Spectrum تبالغ في تقدير عدد خلايا CD4 بين الأشخاص الذين لا يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. ولمواءمة ذلك، تم تحديث العديد من المدخلات لتناسب بيانات التقييم السكاني لأثر فيروس نقص المناعة البشري على السكان بشكل أفضل:

- التوزيع المقدّر لعدد خلايا CD4 عند الإصابة الأولية بفيروس نقص المناعة البشري.
- معدلات تطور المرض بين الأشخاص الذين لا يتلقون العلاج.
- معدلات الوفيات المتعلقة بالإيدز في ظل توقف العلاج المضاد للفيروسات القهقرية.
- الأهمية النسبية التي يضعها النموذج على تخصيص العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للأشخاص الذين يعانون من انخفاض عدد خلايا CD4 أو لأي شخص مؤهل للعلاج، بغض النظر عن عدد خلايا CD4

ونتيجة لهذه التغييرات، يصل المتعايشون مع الفيروس الذين لم يتلقوا العلاج المضاد للفيروسات القهقرية إلى عدد خلايا CD4 المنخفض في وقت أقرب ولكنهم يبقون على قيد الحياة لفترة أطول عندما يكون عدد خلايا CD4 منخفض لديهم.

الأثر: زيادة تقديرات الوفيات المرتبطة بالإيدز على الصعيد العالمي.

النسبة بين الجنسين في معدلات الإصابة

تستخدم برمجية Spectrum نسبة معدل الإصابة لتصنيف حالات البالغين حسب نوع الجنس. وتستخدم معظم البلدان التي تنتشر فيها الأوبئة نمطاً افتراضياً لوصف الاتجاه السائد في هذه النسبة، مع ارتفاع معدل الإصابة بين النساء أكثر من الرجال، والذي يقف على قيمة ثابتة من نحو 20 عاواً من تفشي الوباء فصاعداً.

وأشار استعراض للنماذج الآلية لانتقال الفيروس إلى أن العلاج المضاد للفيروسات القهقرية وتوسيع نطاق ختان الذكور الطبي الطوعي قد يقلل من حدوث الإصابة لدى الرجال أكثر من النساء. ولمراعاة لذلك، تزيد برمجية Spectrum حالياً نسبة إصابة الإناث إلى

حدود عدم اليقين بشأن تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

يقوم برنامج التقدير بحساب حدود عدم اليقين حول كل تقدير. وتحدد هذه الحدود النطاق الذي تكمن فيه القيمة الحقيقية (إذا كان من الممكن قياسها). وتشير الحدود الضيقة إلى أن التقدير دقيق، فيما تشير الحدود الواسعة إلى قدر أكبر من عدم اليقين بشأن التقدير.

وفي البلدان التي تستخدم بيانات ترصد فيروس نقص المناعة البشري، تتحدد دقة التقديرات بشكل جزئي من خلال كمية ومصدر البيانات المتاحة: فالبلدان التي تتوافر لديها بيانات ترصد بشأن الفيروس لديها نطاقات أصغر من البلدان التي تمتلك بيانات ترصد أقل أو أحجام عينات أصغر. وتكون لدى البلدان التي أجري فيها مسح وطني قائم على السكان عمومًا نطاقات أصغر حول التقديرات من البلدان التي لم تجر فيها هذه المسوح. وفي البلدان التي تستخدم بيانات الإبلاغ عن حالات الإصابة بالفيروس والوفيات المتصلة بالإيدز، سيساهم عدد سنوات البيانات وحجم الحالات المبلغ عنها أو الوفيات المرتبطة بالإيدز التي لوحظت في تحديد دقة التقدير.

وتساهم الافتراضات اللازمة للتوصل إلى التقدير أيضًا في اتساع النطاقات المحيطة بالتقديرات: وباختصار، كلما زادت الافتراضات، زاد نطاق عدم اليقين، لأن كل افتراض ينطوي على شكوك إضافية. وعلى سبيل المثال، تعد النطاقات المحيطة بالتقديرات الخاصة بمعدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين البالغين أصغر من النطاقات المحيطة بتقديرات انتشار الفيروس بين الأطفال، مما يتطلب بيانات إضافية عن انتشار الفيروس بين النساء الحوامل وعن احتمالات انتقال الفيروس من الأم إلى طفلها، والتي تنطوي على عدم يقين إضافي خاص بها.

إن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز على ثقة من أن الأرقام الفعلية للمتعايشين مع الفيروس، والأشخاص الذين أصيبوا بالفيروس حديثًا أو الذين توفوا لأسباب مرتبطة بالإيدز، يقعون ضمن النطاقات المبلغ عنها. وبمرور الوقت، ستؤدي زيادة البيانات الواردة من البلدان وتحسين جودتها إلى الحد من عدم اليقين بشكل مطرد.

التحسينات المدرجة في نموذج تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2021

تقوم الفرق القطرية بإنشاء ملفات Spectrum جديدة كل عام. وقد تختلف الملفات من سنة إلى أخرى لسببين. أولاً، يتم إدخال بيانات جديدة مستقاة

من نظم الترصد والبرامج في النموذج؛ مما قد يغير اتجاهات معدلات انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري مع مرور الوقت أو معدلات تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، بما في ذلك في السنوات الماضية. ثانيًا، يتم إدراج التحسينات في النموذج وفقًا لأحدث المناهج العلمية والإحصائية المتاحة، مما يؤدي إلى خلق اتجاهات أكثر دقة فيما يتعلق بمعدلات الإصابة بالفيروس. وفي بعض الأحيان، تغير البلدان خيار نمذجة حالات الإصابة من خلال برمجة Spectrum. استنادًا إلى التحسينات في البيانات المتاحة في البلاد.

وبسبب إجراء هذه التحسينات في النموذج وإضافة بيانات جديدة لعمل التقديرات، لا يمكن مقارنة النتائج المستقاة من السنوات السابقة بنتائج هذا العام. ومع ذلك، يتم إنشاء مجموعة تاريخية كاملة من التقديرات كل عام، مما يتيح وصف الاتجاهات بمرور الزمن.

وفيما بين تقديرات عامي 2020 و2021، تم تطبيق التغييرات التالية على النموذج بتوجيه من الفريق المرجعي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز المعني بالتقديرات والنمذجة والإسقاطات، واستنادًا إلى أحدث الأدلة العلمية.

بيانات العلاج المضاد للفيروسات القهقرية وانقطاع العلاج بسبب جائحة كوفيد-19

في برنامج 2021، اختارت الفرق إدخال بيانات العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لعام 2020 بالسنة أو بالشهر. ويسجل إدخال البيانات بالشهر تعطل الخدمات بسبب جهود التخفيف من حدة آثار جائحة كوفيد-19. وشجعت البلدان على إدخال بيانات "الانقطاع عن المتابعة" (أي المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين هم على قيد الحياة والذين سبق تسجيلهم في العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، ولكن لم يعد يتم استبقاؤهم في الرعاية) من أجل تجنب التقليل من شأن آثار الانقطاع إذا انخفضت أعداد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية ولكن من المفترض أن يتم الاستبقاء في العلاج على نحو مثالي.

الأثر: زيادة تقديرات الوفيات المرتبطة بالإيدز بسبب انقطاع العلاج المضاد للفيروسات القهقرية.



الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

نموذج وباء الإيدز

يعد نموذج وباء الإيدز، من بين أمور أخرى، نموذجًا لتقدير اتجاهات الإصابة في البلدان التي تتوافر لديها بيانات عالية الجودة عن المجموعات السكانية الرئيسية، ورغم استخدامه لحساب معدلات الإصابة بين البالغين التي تُستخدم فيما بعد في برمجية Spectrum، فإنه لم يسجل بعض الحسابات المعقدة (على سبيل المثال، حسب العمر ونوع الجنس وطبقة عدد خلايا CD4) التي تحدث في برمجية Spectrum، مما أدى إلى عدم الاتساق. وحتى يكون النموذجان متوافقين، تم إجراء سبعة تحديثات مهمة لنموذج وباء الإيدز.

■ إدماج معدلات الوفاة وتقدم المرض والتوزيع المتغيرة زمنيًا وفقًا للفئة العمرية ونوع الجنس وعدد خلايا CD4 في الإصابات الجديدة من أجل التوافق مع افتراضات Spectrum.

■ استخدام الخلفية لجميع أسباب الوفيات التي أنشأتها برمجية Spectrum في نموذج وباء الإيدز

■ إضافة تغييرات أخرى في برمجية Spectrum في معدل الوفيات إلى رمز نموذج وباء الإيدز

■ انخفاض معدل الوفيات خارج العلاج المضاد للفيروسات القهقرية مع زيادة تغطية العلاج

المضاد للفيروسات القهقرية.

■ إضافة مضاعفات وفيات العلاج المضاد للفيروسات القهقرية التي تعكس التغييرات في فعالية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية مع مرور الوقت.

■ تخصيص العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للناس على أساس أرجحية الوفاة والأهلية للعلاج.

■ تنقيح نموذج وباء الإيدز للقيام بجميع حسابات الوفيات حسب نوع الجنس.

الأثر: ستلغي هذه التعديلات الحاجة إلى تعديل الافتراضات والبيانات في ملفات Spectrum لتتناسب مع نتائج نموذج وباء الإيدز.

ويعرض الشكل 21.1 (أدناه) أثر جميع التغييرات المذكورة أعلاه على التقديرات. وعلى الصعيد العالمي، تتشابه اتجاهات الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز والأشخاص المصابين بالفيروس مع جولة عام 2020. على الرغم من وجود تحولات داخل المناطق.

ممارسات الرضاعة الطبيعية

تم تحديث نموذج Spectrum الخاص بمدة الرضاعة الطبيعية في أفريقيا جنوب الصحراء بإضافة ثلاثة مسوح جديدة. وبالإضافة إلى ذلك، تمت إزالة البيانات من جميع مسوح التقييمات السكانية لأثر فيروس نقص المناعة البشري، باستثناء مسح عام 2015 من مالاوي وزامبيا وزمبابوي. وقد قللت المسوح التي أجريت بعد هذه المسوح الثلاثة الأولى من مدة الرضاعة الطبيعية بسبب تغيير في الاستبيان.

الأثر: تغييرات صغيرة في الإصابات الجديدة للأطفال بشكل عام، لكن بعض البلدان في شرق أفريقيا قد تشهد ارتفاعاً في تقديرات الإصابات الجديدة بين الأطفال بنسبة 10-15%.

التغييرات في البلدان التي تستخدم بيانات ترصد الحالات في نماذجها

كان هناك تغييران منهجيان في نموذج ترصد الحالات والتسجيل الحيوي. وتم تغيير مواصفات احتمالات توزيع عدد الإصابات الجديدة بالفيروس والوفيات المرتبطة بالإيدز من توزيع غاوسي معكوس إلى توزيع غاما.

الأثر: حدود أضيق لعدم اليقين.

وقد تم تعديل نسب معدلات الإصابة للسماح بتغيير نسب نوع الجنس والعمر مع الزمن. وتقدر حالياً معدلات الإصابة والنسب في وقت واحد.

الأثر: سيكون النموذج أكثر مرونة، ولكن إجراءات التعديل ستكون أبطأ عند تمكين تعديل نسبة معدل الإصابة.

وفيات الأطفال الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية

تستند الافتراضات المتعلقة بمعدلات وفيات الأطفال الذين يعالجون بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية إلى بيانات مستقاة من شبكة مواقع العلاج التابعة لمجموعة leDEA البحثية. وقدم استعراض أجري مؤخراً لبياناتها عن وفيات الأطفال الذي يتلقون العلاج بيانات محدثة عن أفريقيا جنوب الصحراء وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وآسيا والمحيط الهادئ. وتعتمد الدراسة التحليلية على السن، وعدد خلايا CD4 عند بدء العلاج، ومدة العلاج والمنطقة. ويشير التحليل المحدث إلى أن معدل الوفيات قد انخفض بمرور الوقت بين الأطفال الذين يتناولون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية: كان الطفل الذي يتناول العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في عام 2010 أكثر عرضة للوفاة من الطفل الذي يعالج في عام 2018. وتعد معدلات الوفيات لعدد معين من خلايا CD4 ومدة تلقي العلاج المضاد للفيروسات القهقرية أقل مما كانت عليه في الإصدارات السابقة من برمجية Spectrum، ولكن هذا الانخفاض في المعدلات يقابله ارتفاع في معدل الوفيات النسبية في السنوات السابقة مقارنة مع مدخلات Spectrum لعام 2020.

الأثر: تغيير طفيف في وفيات الأطفال بفيروس نقص المناعة البشري.

الخصوبة بين النساء المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري

تم تحديث الافتراضات حول كيفية تأثير فيروس نقص المناعة البشري على الخصوبة. وتعكس هذه التحديثات التغييرات في مستويات الخلايا التائية CD4 المقدرة لجميع النساء، استناداً إلى التغييرات في نموذج التاريخ الطبيعي للبالغين (نوقش أعلاه). وبالإضافة إلى افتراضات التاريخ الطبيعي المنقحة، تم تحديث تقديرات تأثير الخصوبة المرتبطة بالفيروس لتشمل بيانات المسوح الأسرية الجديدة التي أصبحت متاحة منذ التحليل الأخير الذي أجري في عام 2018.

الأثر: قد تزداد الإصابات الجديدة بين الأطفال، لا سيما في البلدان التي لا تتوافر بها بيانات اختبار الرعاية الروتينية السابقة للولادة والتي تستخدم لضبط معدلات انتشار الفيروس بين الحوامل.

نشر التقديرات الخاصة بكل بلد

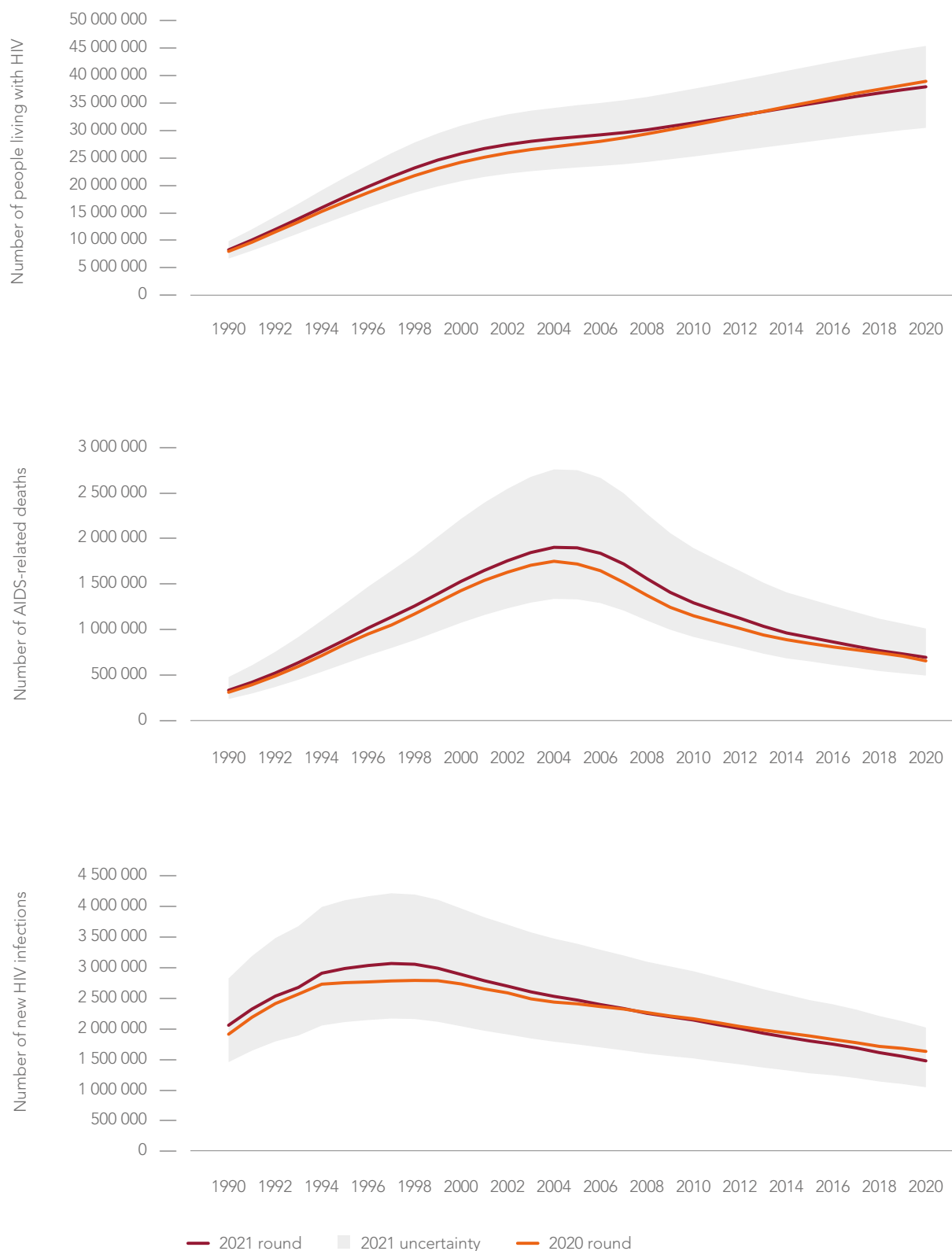
وفيما يتعلق بالإبلاغ عن اتجاهات الإصابات، إذا لم تكن هناك بيانات تاريخية كافية لتذكر بثقة ما إذا كان قد حدث انخفاض في معدلات الإصابة، فلن ينشر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز سوى بيانات عن السنة الأخيرة. ويتم ذلك لمنع المستخدمين من عمل استنتاجات غير دقيقة حول الاتجاهات. وعلى وجه التحديد، لا يتم نشر اتجاهات الإصابة إذا كان هناك أقل من أربع نقاط بيانات للمجموعات السكانية الرئيسية، أو إذا لم تكن هناك بيانات على مدى السنوات الأربع الماضية للبلدان التي تستخدم بيانات المسح المتكرر أو الاختبارات الروتينية. ولا تنشر الاتجاهات السابقة لعام 2000 بالنسبة للبلدان التي تستخدم نماذج لترصد الحالات إذا لم تتوافر بيانات مبكرة عن ترصد الحالات أو الوفيات.

وأخيرًا، لا ينشر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز تقديرات قُطرية عندما تكون هناك حاجة إلى المزيد من البيانات أو التقييمات لإنتاج تقديرات مبصرة. ويمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات حول تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وملفات Spectrum الفردية لمعظم البلدان على الموقع الشبكي للبرنامج (www.unaids.org). ويمكن الاطلاع على البيانات المستمدة من التقديرات في قسم AIDSinfo في الموقع الشبكي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز (<http://aidsinfo.unaids.org>).

يهدف برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز إلى نشر تقديرات لجميع البلدان التي يبلغ عدد سكانها 250000 نسمة أو أكثر (وفقًا للتوقعات السكانية العالمية لشعبة السكان في الأمم المتحدة 2019). وبالنسبة للبلدان التي يبلغ عدد سكانها 250000 نسمة أو أكثر التي لم تقدم تقديراتها، وضع برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز تقديرات باستخدام برمجيات Spectrum. استنادًا إلى المعلومات المنشورة أو المتاحة على نحو آخر. وساهمت هذه التقديرات في المجاميع الإقليمية والعالمية. ولكنها لم تنشر كتقديرات قطرية محددة.

وفي البلدان ذات الأوبئة منخفضة المستوى، يصعب تقدير عدد الحوامل المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري. فالعديد من النساء المتعايشات مع الفيروس في هذه البلدان هم من العاملات في مجال الجنس أو يستخدمن المخدرات-أو شريكات جنسيات لأشخاص يستخدمون المخدرات أو رجال مثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال أو من العاملين في مجال الجنس-مما يزيد من احتمالات أن تكون لديهن مستويات خصوبة مختلفة عن عموم السكان. ولا يقدم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز تقديرات لانتقال فيروس نقص المناعة البشري من الأم إلى طفلها، بما في ذلك تقديرات تتعلق بالأطفال في بعض البلدان التي تتركز فيها الأوبئة، ما لم تتوفر بيانات كافية للتحقق من صحة هذه التقديرات. كما لا ينشر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أي تقديرات تتعلق بالأطفال في البلدان التي يقل فيها العدد التقديري للحوامل المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري عن 50 امرأة.

الشكل 21.1 | مقارنة بين تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعامي 2020 و2021: الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري والوفيات المرتبطة بالإيدز والمتعايشون مع الفيروس، على الصعيد العالمي، 2000-2019



المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2020 و2021

الجدول 21.1 | توافر البيانات من أجل بناء تدابير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز للتقدم في ضوء الأهداف 90-90-90، 2015-2020

العدد		آسيا والمحيط الهادئ	الكاربي	شرق وجنوب أفريقيا	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	أمريكا اللاتينية	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	غرب ووسط أفريقيا	أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية	العالم
البلدان	2020	38	16	21	16	17	20	25	39	193
البلدان المدرجة في التقديرات العالمية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز	2020	28	10	20	16	17	20	25	36	172
البلدان التي توجد لديها بيانات متاحة للجمهور عن تقديرات المتعاضدين مع فيروس نقص المناعة البشري	2020	21	9	20	12	17	16	25	15	133
البلدان التي توجد لديها بيانات متاحة للجمهور عن المعرفة بحالة الإصابة بالفيروس	2015	8	6	18	9	5	7	22	15	90
	2016	10	6	19	9	7	7	22	19	90
	2017	11	6	19	9	8	7	22	23	105
	2018	11	6	19	10	9	8	22	19	104
	2019	11	6	20	10	10	7	23	6	93
	2020	18	8	20	12	13	14	25	6	116
	2015	22	9	20	15	17	17	24	20	144
البلدان التي توجد لديها بيانات متاحة للجمهور عن العلاج	2016	22	9	20	13	17	17	24	19	141
	2017	23	9	20	14	17	18	24	17	142
	2018	21	9	20	13	16	16	24	14	133
	2019	18	7	20	12	15	13	24	9	118
	2020	26	10	20	15	17	20	25	16	150
	2015	6	2	3	6	4	3	1	4	29
	2016	6	4	8	6	8	4	2	8	46
البلدان التي توجد لديها بيانات متاحة للجمهور عن الأشخاص الذين تمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي	2017	7	6	6	9	10	6	3	7	54
	2018	8	8	14	9	9	7	7	8	70
	2019	9	7	18	12	7	6	6	5	70
	2020	11	8	15	11	10	5	7	6	73

المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2016-2021.

تتوفر المجموعة النهائية من تدابير التقدم القطرية في ضوء الأهداف 90-90-90 لعام 2015 حتى عام 2020 على <http://aidsinfo.unaids.org>. ولم تتمكن جميع البلدان من الإبلاغ عن جميع المحاور الثلاثة للأهداف 90-90-90: يتم نشر سلاسل العلاج الكاملة لـ 60 بلدًا. وهي نفسها كما في الجولة السابقة.

مناهج استخلاص الأهداف 90-90-90

مقدمة

منذ عام 2015، أبلغ برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز عن تقديرات للتقدم المحرز على الصعيد العالمي والإقليمي والقطري نحو تحقيق الأهداف 90-90-90. ويجري رصد التقدم المحرز نحو تحقيق هذه الأهداف باستخدام ثلاثة مؤشرات أساسية:

- المؤشر 1 (الـ 90 الأولى): النسبة المئوية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالتهم الصحية.
- المؤشر 2 (الـ 90 الثانية): النسبة المئوية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالتهم الصحية ويحصلون على العلاج.
- المؤشر 3 (الـ 90 الثالثة): النسبة المئوية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يحصلون على العلاج وتمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي.

ويمكن أيضا التعبير عن المؤشرين 2 و3 كنسبة مئوية من جميع المتعايشين مع الفيروس. وعندما يتم التعبير عن الأعداد أو التغطية الخاصة بهدف العلاج بالنسبة إلى مجموع المتعايشين مع الفيروس، يسمى ذلك "سلسلة اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري". تتوفر التقديرات السنوية لتغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقريّة بين المتعايشين مع الفيروس من وقت تقديم العلاج لأول مرة في البلدان.

مصادر البيانات لبناء التدابير القطرية

تم بناء التقدم المحرز على الصعيد القطري نحو الأهداف 90-90-90 باستخدام البيانات المبلغ عنها من برمجة Spectrum وأداة رصد الإيدز على مستوى العالم. ويتم نشر التقديرات لجميع الناس وبشكل منفصل للأطفال (من 0 إلى 14 سنة) والبالغين (15 سنة وما فوق، حسب نوع الجنس). وتم حساب النطاقات العليا والدنيا لعدم اليقين بالنسبة للتقديرات على المستوى القطري من نطاق الأعداد المقدّرة للمتعايشين مع الفيروس. وقد لا يسجل هذا النطاق بشكل كامل درجات عدم اليقين بشأن التقديرات المبلغ عنها.

ويرد وصف للمؤشرات ذات الصلة بالأهداف التي تبلغ البلدان عنها في المبادئ التوجيهية العالمية لرصد الإيدز الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2021 (1). كما يتم وصف مصادر البيانات بإيجاز. ويرد في الجدول 21.1 موجز لعدد البلدان التي تقدم تقارير علنية عن كل تدبير مصنفة حسب المنطقة.

تتوفر المجموعة النهائية من تدابير التقدم القطرية في ضوء الأهداف 90-90-90 لعام 2015 حتى عام 2020 على <http://aidsinfo.unaids.org>. ولم تتمكن جميع البلدان من الإبلاغ عن جميع المحاور الثلاثة للأهداف 90-90-90: يتم نشر سلاسل العلاج الكاملة لـ 60 بلداً، وهي نفسها كما في الجولة السابقة.



الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

التي يدعمها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وأداة الإبلاغ العالمية عن رصد الإيدز. وفي جولة عام 2021، أبلغت 148 بلدًا عن أرقام العلاج علنًا، وفيما بين عامي 2015 و2020، كان لدى 150 بلدًا عدد تقديري واحد على الأقل متاح للجمهور لعدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج (يمثل 95% من جميع الأشخاص الذين يتلقون العلاج). وبالنسبة للعدد الصغير من البلدان التي لا تتوفر فيها تقارير تفيد بأعداد الأشخاص الذين يتلقون العلاج في سنوات مختارة-لا سيما في أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية، وفي اليابان وجمهورية كوريا-توضع تقديرات لعدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج إما بالتشاور مع وكالة الصحة العامة المسؤولة عن رصد برنامج العلاج الوطني أو بالاستناد إلى المصادر المنشورة وغير المنشورة

وبالشراكة مع اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية وخطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة من الإيدز ووكالاتها والصندوق العالمي وغيرهم من الشركاء الذين يدعمون تقديم خدمات العلاج في البلدان، يقوم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز سنويًا بمراجعة أعداد الأشخاص الذين يتلقون العلاج التي أبلغت بها البلدان برنامج الأمم المتحدة المشترك عن طريق الرصد العالمي للإيدز وبرمجية Spectrum والتحقق من صحتها.

ويقدم موظفو برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أيضًا المساعدة التقنية والتدريب لموظفي الصحة العامة والإكلينيكية القطريين

اختبار الذكور إلى الإناث ظلت ثابتة نسبيًا مع مرور الوقت. كما أن تقديرات المعرفة بالوضع الصحي متاحة أيضًا منذ عام 2010.

وعلى غرار نُهج التقدير الأخرى، يتمثل أحد القيود المهمة التي تعوق النموذج في ضرورة توقي الحذر في تفسير النتائج في الحالات التي أجري فيها آخر مسح سكاني منذ أكثر من خمس سنوات، أو إذا كانت هناك مخاوف بشأن دقة سجل الاختبار المبلغ عنه ذاتيًا في المسح. ويمكن للبلدان أن تدرج بيانات اختبار الفيروس المستقاة من برامج فيروس نقص المناعة البشري لتحسين الاتجاهات في السنوات التي لا تتوافر فيها بيانات المسح السكانية. وتشمل القيود الأخرى حقيقة أن نتائج النموذج تخص فقط الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة وما فوق. ولا يزال برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز يوصي بأن تقوم البلدان بصورة متحفظة بتقدير معرفة الأطفال بحالتهم الصحية كنسبة للأطفال المتعايشين مع الفيروس الذين يتلقون العلاج (ما لم تتوافر معلومات أخرى من بيانات ترصد الحالات)

الأشخاص الذين يحصلون على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية

تُستخرج المقاييس العالمية والإقليمية لأعداد العلاج المضاد للفيروسات القهقرية من بيانات البرامج القطرية المبلغ عنها من خلال برمجيات Spectrum

تقديرات المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري

تستند جميع التدابير المرحلية الواردة في هذا التقرير إلى تقديرات نموذجية عالمية وإقليمية وقطرية محددة من برمجية Spectrum بشأن أعداد المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وقد وُضعت تقديرات للمتعايشين مع الفيروس لجميع البلدان التي يزيد عدد سكانها عن 250000 نسمة. ويمكن الاطلاع في الجزء 1 من هذا الملحق على المزيد من التفاصيل عن الكيفية التي يستند بها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز تقديرات وحدود عدم اليقين بشأن عدد المتعاشين مع الفيروس.

وقد كانت تقديرات المتعاشين مع الفيروس في عام 2020 متاحة لـ 172 من أصل 194 بلدًا وإقليمًا، وتم نشرها لـ 133 بلدًا. وتمثل التقديرات القطرية المنشورة بشأن المتعاشين مع الفيروس (المتاحة على <http://aidsinfo.unaids.org>) 88% من إجمالي العدد التقديري العالمي للمتعايشين مع الفيروس في عام 2020.

معرفة المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري بحالتهم الصحية

استُخلصت التقديرات الخاصة بعدد المتعاشين مع الفيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالتهم باستخدام أحدث بيانات ترصد الفيروس وبيانات البرامج وبيانات المسوح السكانية الممثلة وطنيًا. حيثما كانت البيانات متاحة بشكل منفصل للأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و14 سنة) والبالغين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 سنة وما فوق، حسب نوع الجنس)، تم أولاً حساب القياسات الخاصة بالسن ونوع الجنس ثم تجميعها لإصدار قياس وطني.

وبالنسبة للبلدان الواقعة خارج منطقتي شرق وجنوب أفريقيا وغرب ووسط أفريقيا، تستند التقديرات المنشورة لعدد المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالتهم إلى بيانات الإبلاغ عن حالات ترصد الفيروس أو سجلات البرامج أو التقديرات النموذجية المستمدة من بيانات ترصد الحالات. وتُستبعد القيمة المبلغ عنها إذا كانت التقديرات الواردة من هذه المصادر أقل من عدد الأشخاص الذين يحصلون على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. أما بالنسبة للبلدان التي تستخدم بيانات ترصد فيروس نقص المناعة البشري أو بيانات البرامج، فلا ينبغي لأي بلد أن يدرج هذا القياس إلا إذا كان نظام ترصد الفيروس يعمل منذ عام 2015 على الأقل وتم استبعاد الأشخاص الذين توفوا أو هاجروا أو انقطعوا عن المتابعة. وعلى الرغم من أن نظم ترصد الفيروس، بما في ذلك

النظم القائمة على سجلات البرامج، يمكن أن تكون مصدرًا قويًا إلى حد معقول للبيانات اللازمة لتقدير عدد المتعاشين مع الفيروس الذين يعرفون حالتهم، فإن التحيزات في الأرقام المبلغ عنها قد لا تزال قائمة. فعلى سبيل المثال، قد يتم التقليل من شأن قياس البلد بشأن معرفة الحالة الصحية إذا لم يتم الإبلاغ عن جميع الأشخاص الذين تم تشخيصهم إلى نظام الترصد في الوقت المناسب. وقد تكون هناك مبالغة في تقدير القياس أيضًا إذا تم الإبلاغ عن الأشخاص إلى النظام أو تم تضمينهم في السجل أكثر من مرة ولم يتم اكتشاف هذه التكرارات. وعلى نحو مماثل، إذا توفي الأشخاص أو هاجروا ولم يتم استبعادهم من النظام، فإن عدد المتعاشين مع الفيروس الذين تفيد التقارير بأنهم يعرفون حالتهم سيكون مبالغًا فيه أيضًا.

وبالنسبة لمعظم البلدان في منطقتي شرق وجنوب أفريقيا وغرب ووسط أفريقيا، فإن تقديرات أعداد المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالتهم تم استخلاصها باستخدام نموذج shiny90، وهو نموذج رياضي يدعمه برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. ويستخدم هذا النموذج بيانات برنامج المسح السكاني واختبار الكشف عن الفيروس إلى جانب معايير وباء فيروس نقص المناعة البشري الخاصة بكل بلد من نموذج Spectrum الموحد لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. للخروج بنواتج بشأن معرفة حالة فيروس نقص المناعة البشري لدى البالغين، حسب نوع الجنس. ويمكن الحصول على المزيد من التفاصيل عن نهج النمذجة في مواضع أخرى (2).

هناك عدد من نقاط القوة في معرفة حالة الإصابة بالفيروس من نموذج shiny90 بالنسبة لمنطقتي شرق وجنوب أفريقيا وغرب ووسط أفريقيا، مقارنة بالنهج الأخرى التي تعتمد بشكل مباشر على بيانات المسوح السكانية وبيانات تغطية العلاج البرنامجي. والأهم من ذلك هو أن نموذج shiny90 يستخدم بيانات المسوح السكانية لتقدير نسبة المتعاشين مع الفيروس الذين يبلغون عن خضوعهم للاختبار والذين يدركون حالتهم الصحية، وأولئك الذين من المحتمل أن يكون حدث لديهم انقلاب مصلي بعد آخر اختبار سلبي أجروه. ويسترشد هذا التمييز بالاتجاه الوطني لحالات الإصابة المحسوب في برمجية Spectrum ويتسق مع التقديرات الوطنية المنشورة لمعدلات انتشار الفيروس والتغطية المبلغ عنها بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية. وتستخدم أداة shiny90 أيضًا افتراضات من برمجية Spectrum وبيانات المسوح السكانية لتقدير المعرفة بالحالة الصحية حسب نوع الجنس والعمر. على افتراض أن نسب

عدد الأشخاص الذين يعلمون بإصابتهم بالفيروس وعدد الأشخاص الذين حققوا الكبت الفيروسي. واستنادًا إلى التقارير الواردة من مراجعات جودة البيانات حتى عام 2019، تمت إضافة عدم اليقين إزاء الإفراط في الإبلاغ أو عدم الإبلاغ عن أعداد الأشخاص الذين يتلقون العلاج، إلى حدود التغطية العلاجية بين المتعايشين مع الفيروس والهدفين التسعينيين الثاني والثالث. ولا تسجل النطاقات العليا والدنيا لعدم اليقين إزاء الأهداف التسعينية وعدم اليقين إزاء بيانات البرامج المبلغ عنها أو الناقصة بشأن أعداد الأشخاص الذين يعلمون بإصابتهم أو عدد الأشخاص الخاضعين للعلاج الذين تمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي.

وفي تقرير هذا العام، اعتمد برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز أسلوبًا جديدًا لعرض الوضع عبر السلسلة في أعمدة متراصة. ومن بين 100% من البالغين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، تمت إضافة النسب تحت كل فئة من الفئات التالية في الأعمدة المتراصة:

- الجزء الأدنى هم أولئك الذين حققوا الكبت الفيروسي بالعلاج.
- الجزء التالي هم أولئك الذين لم يحققوا الكبت الفيروسي ولكنهم يتلقون العلاج، ويحسب على أنه حاصل ضرب عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري والفارق بين نسبة الأشخاص الذين حققوا الكبت الفيروسي والأشخاص الذين يتلقون العلاج.
- الجزء التالي هم أولئك الذين يعرفون حالتهم ولكن لا يخضعون للعلاج، وتحسب على أنها حاصل ضرب العدد الإجمالي للمتعايشين مع الفيروس والفارق بين نسبة الأشخاص الذين يعلمون بحالتهم والأشخاص الذين يخضعون للعلاج.
- الجزء العلوي هم المتعايشون مع الفيروس الذين اكتسبوا العدوى في الأشهر الستة الماضية، ويحسب على أنه عدد الإصابات الجديدة بالفيروس بين البالغين مقسومًا على اثنين.
- النسبة التي تليها مباشرة تمثل الأشخاص المصابين منذ أكثر من ستة أشهر ولا يعلمون بإصابتهم. وتحسب هذه النسبة على أنها الفارق بين المتعايشين مع الفيروس الذين يعرفون حالتهم الصحية، وحاصل ضرب عدد المتعايشين مع الفيروس ونسبة الأشخاص الملمين بحالتهم الصحية ناقص واحد، وعدد المصابين في الأشهر الستة الماضية.

وأخيرًا، توصي إرشادات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بالإبلاغ عن نتائج اختبار الحمل الفيروسي فقط للأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية؛ أما الأشخاص الذين لا يتلقون العلاج والذين يكتنون الفيروس بشكل طبيعي لن يدرجوا في هذا الإجراء.

طرق بناء هدف العلاج 90-90-90 على الصعيدين الإقليمي والعالمي

تحقق برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وشركاؤه من جميع البيانات البرنامجية المقدمة إليه قبل نشرها. ولم تُدرج في القياسات الإقليمية أو العالمية المركبة البيانات المقدمة من البلدان ولم تستوف عمليات التحقق المطلوبة، سواء على مستوى المؤشرات أو عبر سلسلة العلاج.

ولتقدير التقدم المحرز على الصعيدين الإقليمي والعالمي مقارنة بالأهداف 90-90-90، افترض برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز البيانات القطرية الناقصة المتعلقة بالهدفين التسعينيين الأول والثالث باستخدام نموذج هرمي بايزي Bayesian يستند إلى الاتجاهات الإقليمية (أو العالمية عندما تكون الاتجاهات الإقليمية متفرقة)، والاختلافات بين الجنسين، والبيانات الخاصة بكل بلد بالنسبة للبلدان التي تبلغ عن البيانات لبعض السنوات وليس كلها. كما يوفر النموذج البايزي حدودًا لعدم اليقين. وتتوفر التقديرات حسب نوع الجنس للبالغين في سن 15 سنة وما فوق من عام 2015 إلى عام 2020. وكما حدث في السنوات السابقة، فإن نتائج التقدم العالمي والإقليمي نحو الأهداف 90-90-90 الواردة في هذا التقرير تحل محل جميع التقديرات المنشورة سابقًا. وترد تفاصيل إضافية عن نهج النمذجة في مواضع أخرى (4).

وترد في الجدول 21.2 (أدناه) نسبة التقديرات الخاصة بمعرفة الحالة الصحية وكبت الحمل الفيروسي وقد تم افتراضها حسب المنطقة من عام 2015 إلى عام 2020 من أجل حساب البلدان التي تفتقر إلى البيانات. ونظرًا للفوارق الكبيرة في نسبة السكان الذين حققوا الكبت الفيروسي في أوروبا الغربية والوسطى والولايات المتحدة الأمريكية للسنوات التي توافرت فيها البيانات، تم حساب التقديرات دون الإقليمية بشكل منفصل لأمريكا الشمالية وأوروبا الغربية والوسطى، ثم تم دمجها لتقدير النتائج الإقليمية لأوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية بشكل عام. وتقَدِّم النطاقات العليا والدنيا من عدم اليقين حول التقديرات العالمية والإقليمية لسلسلة اختبارات وعلاج فيروس نقص المناعة البشري، حيث تعكس عدم اليقين بشأن عدد المتعايشين مع الفيروس وعدم اليقين (من البيانات القطرية المفقودة) بشأن

تغطية اختبار أعلى). ويبين الجدول 21.1 عدد البلدان القادرة على الإبلاغ عن كبت الحمل الفيروسي مقارنة بالسنوات السابقة. وبالنسبة لعام 2015، كان لدى 29 بلداً فقط تقديرات موثوقة؛ فيما تمكن 107 بلدان من الإبلاغ عن بيانات لعام 2020. وكان لدى بعض البلدان تغطية أقل لاختبار الحمل الفيروسي لعام 2020 مقارنة لعام 2019. ويفترض أن ذلك يرجع إلى جائحة كوفيد-19 وأثار التخفيف ذات الصلة. وفي بعض البلدان، يتأخر الإبلاغ عن اختبارات الكبت الفيروسي لمدة أطول من المعتاد.

. وبالنسبة للبلدان التي يتاح فيها الوصول إلى اختبارات الكبت الفيروسي على نحو تمثيلي وطني ولكنه ليس شامل للجميع؛ حيث تم ضرب تقدير الكبت الفيروسي بين أولئك الذين تم اختبارهم (أي الـ 90 الثالث) في عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج، من أجل الحصول على مستويات الكبت الفيروسي بشكل عام في البلاد.

ويوجد عدد من التحديات التي ينطوي عليها استخدام البيانات المبلغ عنها من البلدان لرصد هدف كبت الحمل الفيروسي. أولاً، قد لا يتم تقديم اختبار الحمل الفيروسي الروتيني في جميع مرافق العلاج، وقد لا تكون تلك المرافق التي تقدمها ممثلة للرعاية المتاحة في المرافق التي لا تقدم خدمة اختبار الحمل الفيروسي. وبما أنه من غير الممكن معرفة نسبة الكبت لدى السكان غير المختبرين على وجه اليقين، فإننا نفترض أن النسبة المئوية للأشخاص الذين حققوا الكبت الفيروسي بين أولئك الذين يصلون إلى اختبار الحمل الفيروسي تمثل جميع الأشخاص الذين يتلقون العلاج.

وهناك تحدٍ آخر يواجه قياس دقة تقديرات كبت الحمل الفيروسي يتمثل في أن المبادئ الإرشادية الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز تطلب نتائج اختبار الحمل الفيروسي السنوية الروتينية فقط للأشخاص الذين يتلقون العلاج والمؤهلين للاختبار. وإذا حقق الأشخاص الذين بدأوا حديثاً في العلاج الكبت الفيروسي ولكن لم يتم تقديمهم بعد لاختبار الحمل الفيروسي، فسيتم احتسابهم بشكل غير صحيح على أنهم لم يتم كبتهم، مما سيقلل من تقدير الكبت الفيروسي الناتج. كما يطلب برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز من البلدان أن تبلغ فقط عن نتائج الاختبار الروتيني للحمل الفيروسي: إذا أبلغت البلدان عن نتائج الاختبار الذي أجري في المقام الأول بسبب الاشتباه في فشل العلاج، فسيتم التقليل من عدد الأشخاص الذين تم كبتهم فيروسيًا في هذه البلدان. ويعمل البرنامج على التحقق من جودة التقارير القطرية، ولكن ليس من الممكن دائماً تحديد الحالات التي تحدث فيها الاختبارات الروتينية وغيرها من أنواع الاختبار.

لضمان جودة بيانات العلاج المبلغ عنها، بيد أن هذا القياس قد يبالغ في تقدير عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج إذا تم الإبلاغ عن الأشخاص الذين ينتقلون من مرفق صحي إلى آخر من قبل كلا المرفقين. وعلى نحو مماثل، من الممكن أن تحدث مبالغة في تقدير التغطية إذا لم يتم تحديد الأشخاص الذين توفوا أو انسحبوا من الرعاية أو هاجروا وحُذفوا من سجلات العلاج. وقد يتم كذلك التقليل من أرقام العلاج إذا لم تبلغ جميع العيادات عن الأرقام المتعلقة بالعلاج بالكامل أو في الوقت المناسب.

ومنذ أوائل عام 2017، قدم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وغيره من الشركاء الدوليين الدعم إلى البلدان، وخاصة في أفريقيا جنوب الصحراء، للتحقق من دقة عدد الأشخاص الذين أبلغ أنهم يتلقون العلاج في الوقت الحالي. غير أن هذا النشاط لم يتم إجراؤه خلال جائحة كوفيد-19.

الأشخاص الذين حققوا الكبت الفيروسي

تم استخلاص التقدم المحرز نحو تحقيق هدف الكبت الفيروسي بين الأشخاص الذين يتلقون العلاج وكنسبة من جميع المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري، من البيانات المبلغ عنها في برمجية Spectrum ومن خلال أداة الإبلاغ العالمية عن رصد الإيدز على الإنترنت.

ولأغراض الإبلاغ، فإن عتبة الكبت هي حمولة فيروسية تقل عن 1000 نسخة لكل مل. وقد تضع بعض البلدان عتبات أقل أو تطلب من الأشخاص أن يحققوا حمولة فيروسية لا يمكن اكتشافها، وحيثما يبلغ بلد ما عن هذه العتبات المنخفضة، يضاف تقدير لعدد الأشخاص الذين كان من الممكن كبتهم عند 1000 نسخة لكل مل إلى العدد المبلغ عن كبته عند العتبة الدنيا. وتتناول المبادئ التوجيهية العالمية لرصد الإيدز هذا التعديل بمزيد من التفصيل. وتنص هذه المبادئ التوجيهية أيضاً على ضرورة عدم تقديم سوى نتيجة الاختبار الأخيرة للشخص من السينة المشمولة بالتقرير، لذلك يجب أن يمثل الرقم المبلغ عنه العدد الذي تم كبته بين أولئك الذين تم اختبارهم وليس الاختبارات التي تم إجراؤها.⁴

وقد تم تنقيح المبادئ التوجيهية العالمية لرصد الإيدز الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز في عام 2019 لتوضيح أنه يجب على البلدان الإبلاغ عن نتائج كبت الحمل الفيروسي، بغض النظر عن تغطية الاختبار. ومع ذلك، لن يتم نشر نتائج اختبار الحمل الفيروسي إلا في البلدان التي يتم فيها تقييم الوصول إلى الاختبار ليكون تمثيلاً وطنياً لجميع الأشخاص الذين يتلقون العلاج (عادة 50% أو

بيانات عن المجموعات السكانية الرئيسية

توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري حسب المجموعات السكانية الفرعية

تم تقدير توزيع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين المجموعات السكانية الفرعية، على الصعيد العالمي وحسب المنطقة، استنادًا إلى بيانات عن 175 بلدًا تستخدم أربعة مصادر للبيانات.

ويقدّر العدد الأساسي لحالات الإصابة الجديدة لكل بلد باستخدام برنامج Spectrum. وتستخدم الإصابات الجديدة بين الرجال والنساء الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة.

وبالنسبة للبلدان التي تقوم بنمذجة وباء فيروس نقص المناعة البشري بها استنادًا إلى البيانات المستقاة من المجموعات السكانية الفرعية، بما في ذلك المجموعات السكانية الرئيسية، تم استخراج أعداد الإصابات الجديدة من ملفات Spectrum 2020. وقدم هذا المصدر بيانات عن العاملين/العاملات في مجال الجنس من 51 بلدًا، وعن الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن من 36 بلدًا، وعن الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال من 64 بلدًا، وعن العابرين/العابرات جنسيًا من 25 بلدًا (وجميعهم موجودون في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وأوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية وآسيا والمحيط الهادئ).

وكانت التقارير النموذجية لنمط الإصابة متاحة في 15 بلدًا (إثيوبيا وأوغندا وإسواتيني وبوتسوانا وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا وزمبابوي وغانا والكاميرون وكينيا وليسوتو ومالawi وموزامبيق وناميبيا وهايتي)، وقدمت معلومات عن توزيع الإصابات الجديدة في المناطق التي ينتمي إليها كل منها.

تم استخلاص الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في بلدان أوروبا الغربية والوسطى من تقرير ترصد فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز في أوروبا 2020 (بيانات عام 2019) الذي أصدره المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها (ECDC) والمكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية (5). وطُبقت نسب التشخيصات الجديدة لكل منطقة في أوروبا (الغربية والوسطى والشرقية) على تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني

بالإيدز بشأن الإصابات الجديدة في كل بلد بالنسبة للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن، والرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعابرين/العابرات جنسيًا. ولم تكن البيانات المتعلقة بالعاملات في مجال الجنس متاحة في تقرير المركز الاقتصادي فيما بين البلدان النامية. واستخلصت الإصابات الجديدة بالفيروس في الاتحاد الروسي والصين والهند والولايات المتحدة الأمريكية من أحدث التقارير الوطنية المتاحة عن التشخيصات الجديدة أو غيرها من المصادر المنشورة.

وتم حساب الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في البلدان التي لا يوجد لديها مصدر بيانات مباشر من المعايير المرجعية الإقليمية. وقد حُدثت النقاط المرجعية حسب النسبة المتوسطة لحالات الإصابة الجديدة في صفوف مجموعات سكانية فرعية محددة في جميع البلدان المتاحة في نفس المنطقة. وتقع غالبية هذه البلدان في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء. وقد استخدمت 56 من البلدان القيم المرجعية لتقدير العاملين/العاملات في مجال الجنس، و85 من البلدان لتقدير الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن، و56 من البلدان لتقدير الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، و144 من البلدان لتقدير الأشخاص العابرين/العابرات جنسيًا.

وقد تم تقدير الإصابات الجديدة بين الشركاء الجنسيين من المجموعات السكانية الرئيسية باستخدام عدد الشركاء الجنسيين واحتمالات انتقال العدوى من الأدبيات المنشورة. ويشمل ذلك الشركاء الجنسيين الذين لا يستخدمون المخدرات عن طريق الحقن للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن، والشركاء الجنسيين من الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والأزواج/الشركاء الجنسيين الدائمين للعاملين/العاملات في مجال الجنس، وزبائنهم، والأزواج/الشركاء الجنسيين الدائمين للعملاء.

جودة تقديرات حجم المجموعات السكانية

تُستخدم تقديرات حجم المجموعات السكانية في حساب المخاطر النسبية الواردة في هذا التقرير. ويجمع نظام رصد الإيدز على المستوى العالمي التقديرات الخاصة بحجم المجموعات السكانية.

الجدول 21.2 | نسبة البيانات المنسوبة لعدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري الذين يعرفون حالتهم وعدد المتعايشين مع الفيروس الذين يتلقون العلاج وتمكنوا من تحقيق الكبت الفيروسي، 2015-2020

العالم	أوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية	غرب ووسط أفريقيا	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	أمريكا اللاتينية	Eastern Europe and central Asia	شرق وجنوب أفريقيا	الكاربي	آسيا والمحيط الهادئ		تقديرات المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري حيث يتم احتساب المعرفة بالحالة الصحية (%)
17	30	0	29	27	8	0	15	84	2015	
16	13	0	30	23	8	0	15	83	2016	
7	29	0	31	19	7	0	15	23	2017	
11	39	0	27	13	6	0	15	49	2018	
21	97	0	34	58	2	0	16	79	2019	
11	98	0	17	59	3	0	5	11	2020	

المصدر: التقديرات الوبائية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، 2016-2021.

الحمل الفيروسي في غرب ووسط أفريقيا منخفضة بشكل خاص بين عامي 2015 و2017، وكانت معظم التقديرات مستمدة من البلدان التي قدمت بيانات في عامي 2018 و2019. وفي منطقة آسيا والمحيط الهادئ، لا تتوفر تقديرات على المستوى الوطني لكبت الحمل الفيروسي في أي عام بالنسبة للهند وليس قبل عام 2018 بالنسبة للصين.

يتمثل أحد القيود الرئيسية التي تنشأ عن عدم توفر التقديرات القطرية بصورة كاملة، في صعوبة تحديد مدى تشابه التقدم المحرز في البلدان التي أبلغت برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز مع التقدم المحرز في بلدان المنطقة التي ليس لديها بيانات. وينطبق هذا بشكل خاص على تقديرات كبت الحمل الفيروسي، حيث تعد البيانات المبلغ عنها في بعض المناطق -لا سيما في عامي 2015 و2016- محدودة. على سبيل المثال، كانت تغطية اختبار

التقديرات دون الوطنية لفيروس نقص المناعة البشري في أفريقيا جنوب الصحراء

النموذج ببيانات المسح المتعلقة بانتشار الفيروس حسب المستوى دون الوطني ونوع الجنس والفئة العمرية الخمسية من أحدث مسح سكاني (المسح الديموغرافي والصحي أو التقييمات السكانية لأثر فيروس نقص المناعة البشري). وبما أن حجم عينة المسح في كل منطقة دون وطنية صغير نسبياً، فإن البيانات المبلغ عنها بشكل روتيني عن انتشار الفيروس بين الحوامل اللاتي يحضرن أول زيارة للرعاية السابقة للولادة، المستخرجة من نظام المعلومات الصحية الوطني، تُستخدم لتحسين تقديرات النمط المكاني للفيروس.

وتقدّر التغطية بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية حسب المنطقة دون الوطنية والفئة العمرية ونوع الجنس من بيانات المسوح السكانية بشأن وجود مؤشرات حيوية مضادة للفيروسات القهقرية لدى المجبيين على المسوح المصابين بفيروس نقص المناعة البشري. وتُستخدم تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية المبلغ عنها بشكل روتيني بين الحوامل قبل زيارتهن الأولى للرعاية السابقة للولادة، كمتغيرات مشتركة للنمط المكاني لتغطية المضاد للفيروسات القهقرية. كما تتم مقابلة تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية ومعدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشري بحيث يتطابق العدد الإجمالي للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية مع التقرير الوارد في ملف Spectrum الوطني.

ويتمثل أحد التحديات التي تواجه تقدير التغطية العلاجية للمناطق دون الوطنية في إمكانية حصول الأشخاص على خدمات العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في منطقة مختلفة عن أماكن إقامتهم (على سبيل المثال، إذا كانت المرافق أقرب أو تقدم خدمات أفضل). ويتيح هذا النموذج إمكانية حصول المقيمين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في منطقة دون وطنية مجاورة. ويتمثل الافتراض السابق في أن الغالبية العظمى من المتعايشين مع الفيروس سوف يحصلون على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في منطقة إقامتهم، ولكن هذا الاحتمال قد يختلف بناءً على بيانات المنطقة دون الوطنية حول عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات القهقرية مقارنة بمعدل انتشار الفيروس، والتغطية بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية والمجموعة السكانية.

وُضعت تقديرات دون وطنية لفيروس نقص المناعة البشري في 38 بلداً في أفريقيا جنوب الصحراء وهاتي في منطقة البحر الكاريبي باستخدام نموذج نغومي (الجدول 21.3). ويعبّر المؤشر المبين في الشكل (1.3) عن معدل الإصابة بالفيروس بين الإناث اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و24 سنة حسب المستوى دون الوطني.

نموذج نغومي: يعتمد هذا النموذج على تقدير مساحة صغيرة لعمل نمذجة مشتركة لانتشار فيروس نقص المناعة البشري، والمتعايشين مع الفيروس، وتغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، ومعدلات الإصابة بالفيروس. ويجمع النموذج بين البيانات على المستوى دون الوطني حول النتائج المتعددة من عدة مصادر في نموذج إحصائي بايزي. ويستخدم بيانات المسوح السكانية الوطنية والبيانات الخاصة بتوفير العلاج المضاد للفيروسات القهقرية وخدمات الاختبار في عيادات الرعاية السابقة للولادة لتوفير مؤشرات قوية لعبء الفيروس على الصعيد دون الوطني. وهو يقدم تقديرات ونطاقات عدم اليقين لعدد من المؤشرات (بما في ذلك معدلات انتشار الفيروس، والمتعايشين مع الفيروس، والتغطية بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية، ومعدلات الإصابة بالفيروس، والإصابات الجديدة) حسب نوع الجنس، والفئات العمرية الخمسية، والمستوى دون الوطني.

وينتج النموذج تقديرات في ثلاث نقاط زمنية: سنة أحدث مسح سكاني، وسنة الجولة الأخيرة من التقديرات الوطنية لفيروس نقص المناعة البشري (2020)، وتوقعات قصيرة الأجل مدتها سنة واحدة لأغراض تخطيط برامج فيروس نقص المناعة البشري. ويتم الحصول على التقديرات السكانية دون الوطنية حسب نوع الجنس والفئة العمرية من مصادر توافق الآراء في كل بلد وتعديلها لتناسب مع المجموعات السكانية المستخدمة من خلال برمجة Spectrum حسب نوع الجنس والفئة العمرية.

وتصدّر التقديرات المقطعية المستعرضة لمعدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشري، والتغطية بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية، ومعدلات الإصابة بالفيروس، في منتصف أحدث مسح تمثيلي للأسر المعيشية على الصعيد الوطني. وفيما يتعلق بمعدلات انتشار الفيروس، تتم مقابلة

(capture-recapture)، أو رسم الخرائط/التعداد، أو أسلوب توسيع الشبكة (NSUM) أو المسح القائم على السكان، أو أخذ العينات من ردود المجيبين-أخذ العينات المتعاقبة (RDS-SS). ويجب أن تكون التقديرات وطنية أو من مجموعة من المواقع المتعددة التي تتبع نهجًا واضحًا للاستقراء إلى تقدير وطني.

■ يشير "تقدير حجم المجموعات السكانية على الصعيد المحلي" إلى التقديرات المستمدة تجريبيًا باستخدام إحدى الطرق المذكورة سابقًا، ولكن فقط لمجموعة دون وطنية من المواقع التي لا تكفي للاستقراء الوطني.

■ يشير مصطلح "البيانات غير الكافية" إما إلى التقديرات المستمدة من آراء الخبراء أو دلفي أو حكمة الحشود أو النتائج أو السجلات البرنامجية أو المعايير الإقليمية أو المناهج غير المعروفة أو التقديرات المستخلصة قبل عام 2016. وقد تكون التقديرات وطنية أو غير ذلك.

وتعتبر بعض التقديرات المقدّمة بشأن الحجم دون وطنية، ويستخدم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز المعدلات المتوسطة الإقليمية للنسب السكانية لتقديرات الحجم المقدّمة لملء المعلومات الناقصة أو استقراء التقديرات دون الوطنية.

وتتضمن الأقسام الإقليمية في هذا التقرير جداول عن الحجم التقديري للمجموعات السكانية الرئيسية. وتستند هذه البيانات إلى القيم المبلغ عنها من خلال الرصد العالمي للإيدز في أعوام 2019 و2020 و2021. وقد أجريت مراجعة شاملة للبيانات خلال جولات الإبلاغ هذه، ومن ثم ينبغي عدم مقارنة التقديرات بالبيانات المقدّمة في تقارير البرنامج السابقة. ونتيجة لهذه العملية، يمكن تصنيف التقديرات المبلغ عنها على النحو التالي:

■ يشير "تقدير حجم المجموعات السكانية على الصعيد الوطني" إلى التقديرات المستمدة تجريبيًا باستخدام إحدى الطرق التالية: المضاعف، أو تثبيت العلامة وإعادة لأسر

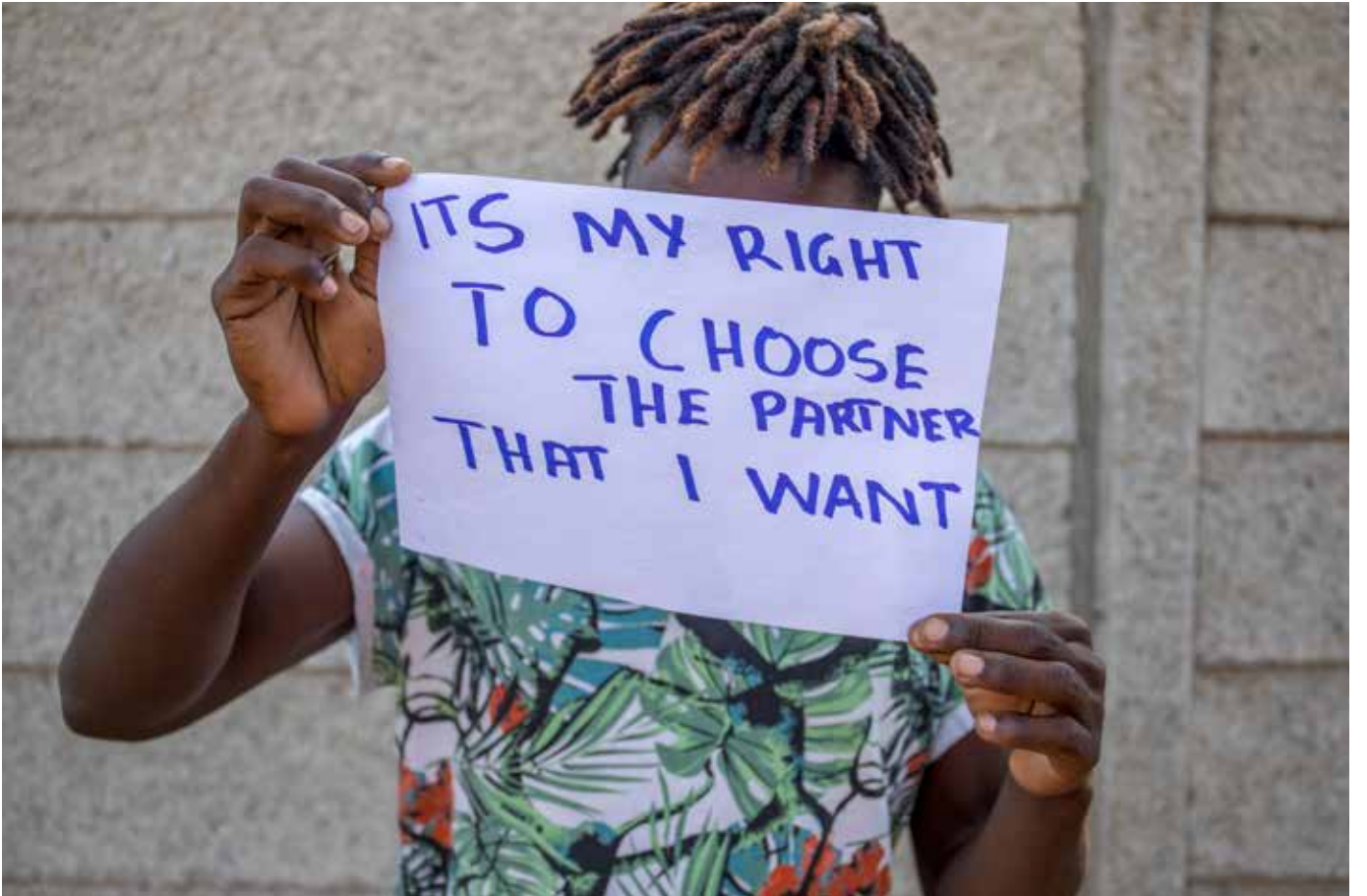
بطاقات تقييم القوانين والسياسات

المراجعة، يتصل البرنامج بجهات التنسيق الوطنية لرصد الإيدز على مستوى العالم لطلب توضيح أو لتنقيح البيانات المقدمة من خلال الأداة.

وقد استُكملت البيانات المبلّغ عنها من خلال أداة الالتزامات والسياسات الوطنية ببيانات متاحة من مصادر أخرى، بما في ذلك قواعد البيانات العالمية والمصادر الأولية.

تم وضع بطاقات تقييم القوانين والسياسات الإقليمية بالاستناد إلى البيانات التي أُبلغت عنها البلدان من خلال أداة الالتزامات والسياسات الوطنية للأعوام 2017 و2018 و2019 و2020 و2021، وهي أحد عناصر الرصد العالمي للإيدز (1).

ويقوم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بمراجعة البيانات المقدمة من البلدان من خلال أداة الالتزامات والسياسات الوطنية. وخلال عملية



الصورة: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز

الجدول 21.3 | البلدان التي تستخدم نموذج نعومي لتوليد تقديرات دون وطنية

الرقم	البلد
1	أنغولا
2	بنين
3	بوتسوانا
4	بوركتينا فاسو
5	بوروندي
6	الكامبيون
7	جمهورية أفريقيا الوسطى
8	تشاد
9	الكونغو
10	كوت ديفوار
11	جمهورية الكونغو الديمقراطية
12	غينيا الاستوائية
13	إسواتيني
14	إثيوبيا
15	الغابون
16	غامبيا
17	غانا
18	غينيا
19	غينيا بيساو
20	هايتي
21	كينيا
22	ليسوتو
23	ليبيريا
24	مالاوي
25	مالي
26	موزامبيق
27	ناميبيا
28	النيجر
29	نيجيريا
30	رواندا
31	ساو تومي وبرينسيبي
32	السنغال
33	سيراليون
34	جنوب أفريقيا
35	جمهورية تنزانيا
36	توغو
37	أوغندا
38	زامبيا
39	زيمبابوي

ولا تتوفر تقديرات مباشرة لمعدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري على الصعيد دون الوطني. وفي حين أن بعض المسوح التي أجريت مؤخرًا للأسر المعيشية قامت بقياس معدل الإصابة على الصعيد الوطني استنادًا إلى قياسات المؤشرات الحيوية فيما يتعلق بحالات الإصابة الحديثة تعدد قليلة للغاية في أي منطقة بحيث لا يمكن تقديرها بدقة. لذلك، لتقدير معدل الإصابة بالفيروس على المستوى دون الوطني، يتم حساب معدل انتقال الفيروس من تقديرات Spectrum وتطبيقه على تقديرات المناطق الصغيرة لانتشار الفيروس وتغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية في كل منطقة دون وطنية. ويستند توزيع نوع الجنس والعمر في كل منطقة دون وطنية إلى نسب معدل الإصابة بالفيروس المستقاة من برمجية Spectrum، المطبقة على التركيبة السكانية في كل منطقة.

ويتوقع النموذج من أحدث مسح للأسر المعيشية إلى الفترة الحالية بوضع إسقاط للسكان من خطوة واحدة حتى عام 2020. ويتم تحديث التقديرات السكانية مع التقديرات السكانية الرسمية. ويتم عمل إسقاطات فيما يتعلق بعدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري استنادًا إلى تقديرات البقاء على قيد الحياة حسب المقاطعة ونوع الجنس والفئة العمرية المستقاة من برمجية Spectrum خلال الفترة نفسها (وهو ما يفسر تطور مرض فيروس نقص المناعة البشري وأثار ارتفاع نطاق العلاج المضاد للفيروسات القهقرية على الحد من الوفيات الناجمة عن الإيدز). ويتم تحديث تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية وفقًا لعدد العلاجات في عام 2020 المستخلص من بيانات توفير الخدمات.

وقد تم حساب معدل الإصابة بين الشباب اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و24 عامًا على النحو التالي:

الإصابات الجديدة بين الإناث اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و24 عامًا في عام 2020 / (عدد الإناث اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و24 عامًا - الإناث المصابات بفيروس نقص المناعة البشري اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و24 عامًا) في عام 2020 * 1000

حقوق الطبع والنشر © 2021 برنامج الأمم المتحدة
المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز

جميع الحقوق محفوظة. التسميات المستخدمة في هذا
المنشور وعرض المواد فيه لا تعبر بأي حال من الأحوال، عن
رأي برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بشأن
الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو
سلطات أي منها، أو فيما يتعلق بتعيين حدودها أو تخومها.

ولا يضمن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز
أن تكون المعلومات المنشورة في هذا المنشور كاملة
وصحيحة، ولا يتحمل أية مسؤولية عن أي أضرار تحدث نتيجة
لاستخدامها.

JC2030A/UNAIDS

المراجع

1. AIDS monitoring 2021: indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf).
2. Maheu-Giroux M, Marsh K, Doyle C, Godin A, Delauney CL, Johnson LF et al. National HIV testing and diagnosis coverage in sub-Saharan Africa. AIDS; 2019;33:S255-S269.
3. Johnston LG, Sabin ML, Prybylski D, Sabin K, McFarland W, Baral S et al. Policy and practice: the importance of assessing self-reported HIV status in bio-behavioural surveys. Bull World Health Organ. 2016;94:605-12.
4. Marsh K, Eaton JW, Mahy M, Sabin K, Autenrieth CS, Wanyeki I et al. Global, regional and country-level 90–90–90 estimates for 2018. AIDS;33:S213-S226.
5. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2020 – 2019 data. Stockholm: ECDC; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2020.pdf>).

برنامج الأمم المتحدة المشترك
المعني بفيروس نقص المناعة/الإيدز

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org